Rok XLVIII. Kraków, dnia 23. stycznia 1909. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny. **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O nieprawidłowem podnoszeniu się ciepłoty ciała, wywołanem podnietami termicznemi

podał

Doc. Dr Edmund Kowalski.

W pismach z pierwszych czasów rozpowszechniania się wodolecznictwa w zeszłem stuleciu, omawiających czy to sposoby leczenia zapomocą wody, czy podających wyniki lecznicze, napotykamy wzmianki, iż u niektórych chorych przy stosowaniu zabiegów zimnych, — a takimi się prawie wyłącznie podówczas posługiwano, — po dłuższym lub krótszym czasie występowały zaburzenia podmiotowe, jak osłabienie, bole głowy, połączone ze stanem gorączkowym, przyczem niekiedy pojawiały się zmiany w skórze, przeważnie w postaci czyraków i przypadłości ze strony przewodu pokarmowego w postaci rozwolnienia.

Zmiany te nazwano »kryzami« (przełomami) *(crises)*, a uważając wystąpienie ich za chwilę przełomową w przebiegu choroby i przypisując im skutkiem tego znaczenie doniosłe, wyczekiwano ich z utęsknieniem.

W miarę, jak wodolecznictwo przechodziło w ręce fachowe, a część ta wiedzy lekarskiej zyskiwała podstawy ściśle naukowe, oparte na badaniach fizyologicznych i spostrzeżeniach klinicznych, zapomniano o owych »kryzach« przełomach, choć może niesłusznie, gdyż, jeżeli dawnych empiryków wnioskowanie było nieraz błędne, — to obserwacya przeważnie dokładna i ścisła.

Kierując się tą myślą zwracałem od początku swego zawodu uwagę w tym kierunku i to nie na owe wypryski skórne i inne powikłania, tylko na możliwość występowania stanu gorączkowego, lecz u leczonych podobnego objawu, t. j. podniesienia się samoistnego ciepłoty nie spostrzegłem, zaznaczyć zaś muszę, iż stosowanie zabiegów o zbyt nizkiej ciepłocie należało do wyjątków z powodu braku nadających się do takiego postępowania przypadków, — stosowanie zaś niskich stopni w postaci częściowych zabiegów, jak np. miejscowych natrysków nie wywołuje, jak wiadomo, zbyt silnych zmian ogólnych. Jeżeli zaś wśród leczenia w poszczególnych przypadkach występowały stany gorączkowe, — dała się wykazać jakaś chorobowa przyczyna, a w razie jej braku uważało się zazwyczaj zaburzenia tego rodzaju za przypadłości pojawiającej się od czasu do czasu grypy.

By się jednak przekonać, czy istotnie zabiegi same przez się i to o nizkiej ciepłocie mogą wywołać podniesienie się nieprawidłowe ciepłoty ciała i by ewentualnie zrehabilitować owe dawne »przełomy«, — przeprowadzałem doświadczenia w miarę zyskiwania odpowiedniego materyału, t. j. na osobach zdrowych częścią studentach częścią służących, u których można było bez żadnego ryzyka stosować wszelkie zabiegi o dowolnie nizkich stopniach ciepła. U osób tych zwracano baczną uwagę przedewszystkiem na stan płuc i przestrzegano, by nie było nawet podejrzenia choćby najnieznaczniejszych zmian gruźliczych.

Przed rozpoczęciem doświadczeń mierzono u każdego ciepłotę w pasze przez kilka dni rano, w południe i wieczór, — poczem stosowano kąpiele o 16° C. przez $\frac{1}{2}$—1 minuty i natryski na całe ciało o ciepłocie 14° C. przez 5 sekund i to w następującym porządku: rano między 7 a 8 godz. kąpiel, przed południem między 11—12 godz. natrysk, popołudniu między 4—5 godz. kąpiel, wieczorem między 7 a 8 godz. natrysk. W ten sposób utrzymywano niejako ustrój pod ciągłym wpływem działania podniety, wiadomo bowiem, że następstwa każdorazowego zadrażnienia termicznego trwają przez dość długi czas, bo niekiedy nawet do kilku godzin.

Osób użyto do doświadczeń 18, a stosowano wymienione zabiegi najdłużej do dni 15 to znaczy, że jeżeli w przeciągu tego czasu u danego osobnika nie zauważono żadnych zmian, doświadczenie przerywano.

Z tych 18 przypadków w czterech wystąpiły w różnym okresie czasu zmiany, które zasługują na bliższą uwagę, mianowicie pewne zaburzenia podmiotowe z równoczesnem podniesieniem się ciepłoty. Ponieważ w jednym z tych przypadków pojawił się ostry nieżyt nosa, gardła i oskrzeli, i podniesienie się ciepłoty można było odnieść do tego powikłania, przeto przypadek ten pomijam, — pozostają zatem do uwzględnienia trzy przypadki, w których nie było równoczesnych żadnych zmian ubocznych, wykryć się dających.

W przypadkach tych, w czasie doświadczeń, uderzał jeden wspólny objaw, t. j. że po zabiegu, czyto po kąpieli, czy po natrysku, nie występowało tak zwane odczynowe przekrwienie skóry, — lecz skóra pozostawała bladą, przyczem osoby te doznawały uczucia zimna, co utrzymywało się względnie długo, bo nieraz aż do następnego zabiegu.

Nadmienić zaś muszę, że, chcąc utrzymać działanie podniety tylko termicznej, o ile to naturalnie możliwe, wyłączałem wpływ czynnika mechanicznego, jak np. naciera-

nie w kąpieli, jak również wszelkie nadmierne ruchy po zabiegu, jak np. forsowną przechadzkę.

Przypadki te są następujące:

T. R., służący, lat 26, ciepłota przed zabiegiem wynosiła średnio 36·4—36·6° C., tętno 76. Przez 10 dni stosowano kąpiele i natryski według podanego powyżej porządku — przyczem ciepłota utrzymywała się w granicach prawidłowych. W dniu jedenastym badany zaczął się skarżyć na lekkie bóle mięśniowe, zajęcie głowy, ogólne osłabienie, a o godzinie 5 popołudniu stwierdzono ciepłotę 37·6° C., a tętno 96. Stosowanie zabiegów przerwano, badanego pozostawiono w spokoju. Dnia następnego ciepłota wynosiła rano 37·6, w południe 37·5, wieczór 37·6, tętno przeszło 90, dnia trzeciego ciepłota i tętno prawie takie samo, dnia czwartego ciepłota ranna 37·3, w południe 37·5, wieczorem 37·4, tętno 94, dnia piątego rano ciepłota prawidłowa (36·6°),—przyczem dolegliwości podmiotowe ustąpiły, z wyjątkiem ogólnego osłabienia, a w dniu szóstym badany czuł się zupełnie rzeźki i zdrowy. W czasie tym zaburzeń żołądkowo-jelitowych nie było żadnych, tylko apetyt nieco zmniejszony, a pragnienie wzmożone.

K. W., student, lat 19. Ciepłota przed zabiegami 36·3—36·7° C., tętno 74—78. Stosowano zabiegi przez dni pięć bez pojawienia się widocznych zmian. W dniu szóstym zaczął badany odczuwać trudność przy jakiejkolwiek pracy, ogólną ociężałość, opanowywała go senność, apetyt się zmniejszył, a dnia ósmego doznał lekkich dreszczy, bolów, a raczej, jak podawał, uczucia ciągnienia w mięśniach, termometr wykazał pod wieczór ciepłotę 37·8° C., a tętno wzmogło się do 100 uderzeń na minutę.

Zabiegi przerwano, badanego pozostawiono w spokoju.

Na drugi dzień ciepłota utrzymywała się między 37·4 a 37·6° C., tętno około 100. Dnia trzeciego rano 37·5° C.; zastosowano kąpiel ciepłą na 40° C. przez 5 minut. W kąpieli tej wystąpiło silne przekrwienie skóry, a po zabiegu położono badanego do łóżka i okryto ciepło. Po pewnym czasie wystąpiły poty, a ciepłota spadła na 36·5° C., tętno na 76 i odtąd utrzymywała się już ciepłota w granicach prawidłowych, przypadłości zaś podmiotowe do dnia następnego ustąpiły tak, że badany czuł się zupełnie zdrowy. W dniu drugim pojawiło się lekkie rozwolnienie, zamiast, jak dotąd, jednego stolca, były dwa wolne wśród doby.

M. S., służący, lat 22. Ciepłota przed zabiegami 36·3—36·6° C., tętno 72—76. Przez dni 12 wśród zabiegów nie było żadnej zmiany wybitnej w ciepłocie, ani uczuciach podmiotowych. W dniu 13. zaczął badany skarżyć się na bole głowy, osłabienie, na przykre uczucie zimna w skórze, a palenia wewnątrz ciała — przyczem ciepłota podniosła się do 37·8° C., a ilość tętna zwiększyła się o 30 uderzeń, t. j. doszła do 106 na minutę.

Zabiegi przerwano, badanego pozostawiono w spokoju. W dniu następnym i w dniu trzecim ciepłota utrzymywała się między 37·5 a 37·6, tętno około 100. W dniu tym, t. j. trzecim, w godzinach popołudniowych zastosowano kąpiel ciepłą na 40° C. przez 5 minut, poczem nastąpiło silne rozgrzanie się skóry i zaczerwienienie, a po ułożeniu badanego w łóżku wystąpiły poty, spadek ciepłoty na 36·7° C. i obniżenie się tętna na 76. Od tej chwili ciepłota pozostała już prawidłową, dolegliwości podmiotowe ustąpiły i wróciło poczucie zdrowia. Przypadłości żołądkowo-jelitowych nie było żadnych.

W przypadkach tych, jak już zaznaczyłem, nie było równocześnie wcale żadnych zmian ubocznych chorobowych, któreby podany stan gorączkowy tłómaczyły. By się jednak upewnić, czy istotnie zabiegi same przez się są u osób tych bezpośrednią przyczyną opisanych objawów, pozostawało poddać je po pewnym czasie podobnym doświadczeniom. Ponieważ między badanymi byli dwaj służący, których mogłem mieć każdej chwili do rozporządzenia, przeto dla wyświetlenia sprawy przeprowadziłem na nich po przerwie kilkumiesięcznej takie same, jak powyższe doświadczenia.

Zachowując te same ostrożności, tj. po zbadaniu ich obecnego stanu fizycznego i po mierzeniu kilkudniowem ciepłoty zastosowano tak w jednym jak i drugim przypadku te same zabiegi, tj. kąpiele na 16° C przez ½—1 minuty i natryski na całe ciało na 14° C przez 5 sekund, w tym samym porządku i pokazało się, iż u służącego T. R. w dniu dziewiątym wystąpił stan zupełnie podobny do opisanego za pierwszym razem, przyczem ciepłota podniosła się do 37·7° C, a liczba tętna zwiększyła się o 24 uderzeń na minutę. W dniu następnym ciepłota utrzymywała się między 37·5° a 37·6° C, w dniu trzecim rano t. 37·5° C, po zastosowaniu zaś kąpieli ciepłej na 40° C przez 5 minut i po ułożeniu następnie badanego w łóżku wystąpiły lekkie poty, a ciepłota spadła do poziomu prawidłowego. Poczem tak przedmiotowo, jak i podmiotowo stan badanego był zupełnie prawidłowy.

W przypadku drugim t. j. u służącego M. S. w dniu dziewiątym stosowania zabiegów wystąpiły zaburzenia podmiotowe, jak zajęcie głowy, osłabienie, podniesienie się ciepłoty do 37·6° C i przyspieszenie tętna. Stan ten utrzymywał się przez dni cztery z małemi wahaniami, poczem dnia piątego objawy nieprawidłowe ustąpiły, a badany powrócił do zupełnego zdrowia.

W przystępnem mi piśmiennictwie znajduję jedną pracę Dra Gabriela Arienzo[1]) omawiającą podobne objawy. W niej podaje autor, że u niektórych leczonych, przy stosowaniu natrysków zimnych zauważył po kilku, względnie kilkunastu dniach nagłe podniesienie się ciepłoty do 39° C, a nawet 40° C, o torze ciągłym, z bolami głowy i mięśni, a niekiedy z lekkim zapadem, z czem łączyło się zaparcie stolca. Stan ten gorączkowy trwał 4 do 5 dni, poczem wracał stan prawidłowy, a środek przeczyszczający w niektórych przypadkach okres gorączkowy miał skracać, w innych był bez wpływu.

Dla wytłómaczenia powyższych zaburzeń bierze autor jako punkt wyjścia wcześniejszą pracę Dra Amicarelliego[2]). Ten zauważył występowanie podobnych stanów gorączkowych po kąpielach w cieplicach w Bagnoli[3]), a jako przyczynę objawu tego podaje pewien gatunek drobnoustrojów, które mają rozwijać się pod wpływem powyższych kąpieli w przewodzie pokarmowym, wywoływać nieprawidłową fermentacyę, chwilowe zatrucie i stan gorączkowy.

Ponieważ przy stosowaniu natrysków a więc zabiegu, gdzie woda przez chwilę tylko styka się z powierzchnią skóry, wyłączone jest dostawanie się jakichkolwiek drobnoustrojów do ustroju z zewnątrz z wody, czego, zdaniem autora, nie można wyłączyć przy długotrwałych kąpielach w Bagnoli, — dla tego przyjmuje on, że zmiany, jakie występują pod wpływem zimnych natrysków w krążeniu trzewnem, a tem samem zmiany w stosunkach odżywczych w błonie śluzowej jelit, dają pochop do rozwoju drobnoustrojów, których całe gromady mieszczą się już w grubej kiszce, a które w prawidłowych warunkach nie wywołują żadnych zaburzeń, — teraz zaś w warunkach zmienionych, a dla siebie korzystnych, rozwijając się, wywołują nieprawidłową fermentacyę, przez to zatrucie organizmu i podniesienie się nieprawidłowe ciepłoty.

---

[1]) Gabrielo Arienzo. Intorno ad una febbre che suole verificarsi nel corso delle cure idroterapiche. Annali di Elettricità medica e terapia fisica 1902, Nr 2.

[2]) Amicarelli. Su di una speciale forma morbosa che si osserva di frequente nel corso delle cure balneo-termali. Ufficiale Sanitario. Napoli 1896.

[3]) Szczawy alkaniczno-solne o ciepłocie 46° C w pobliżu Neapolu.

Spostrzeżenia Dra Amicarelliego pomijam, jako nie należące ściśle do niniejszego przedmiotu, — zaś co do przypadków i sposobu tłómaczenia Dra Arienzo możemy powiedzieć, że znane są i często spotykane, jak już na wstępie zaznaczyłem, zaburzenia w przewodzie pokarmowym po zadrażnieniu powłok ciała podnietami termicznemi o nizkim stopniu ciepła, a więc i natryskami zimnymi, a to w postaci rozwolnień, a nie zaparcia żywota, podobnie jak pod wpływem bodźców psychicznych np. radości lub przestrachu, — są to jednak objawy, występujące nagle, gwałtownie, tak, że w razach tych nie ma czasu na rozwój uśpionych niejako bakteryi i na ich następowe działanie. Tu przyczyną zaburzeń jest zmiana w czynności mechanicznej jelit tj. zmiana w ruchach robaczkowych, a to częścią jako następstwo wpływu zimna w drodze odruchowej na mięśnie przewodu pokarmowego, a częścią jako następstwo wpływu na naczynia trzewne, gdyż wywołane przez podnietę tę zmiany naczynio-ruchowe w postaci zwężenia światła naczyń pośrednio wywołują również zwiększenie się ruchów robaczkowych.

W przypadkach zatem, podanych przez Dra Arienzo, możemy przyjąć, że stan gorączkowy był wywołany albo silnem poprzedniem zaparciem stolca i samozatruciem u tych chorych przynajmniej, u których środek przeczyszczający objawy te usuwał, — albo że występowało pod wpływem zimnych natrysków samoistne podniesienie się ciepłoty, zauważone zaś zaparcie stolca było następstwem tego stanu, podobnie jak to bywa w chorobach gorączkowych wogóle bez względu na właściwą ich przyczynę, z wyjątkiem naturalnie tych rodzajów chorób, gdzie zmiany chorobowe mieszczą się w przewodzie pokarmowym.

By móc wytłómaczyć powyższy objaw bez uciekania się do jakichkolwiek przyczyn ubocznych, trzeba bodaj po krótce przypomnieć, jak działają podniety termiczne na zachowanie się ciepłoty ciała i to podniety o nizkim stopniu ciepła, bo te nas na razie głównie obchodzą.

Gdy na powłoki zewnętrzne zadziała podnieta termiczna o nizkiej ciepłocie i to chwilowo, przemijająco jak np. zanurzenie ciała w zimnej kąpieli, zimny natrysk, zimne polanie, ciepłota wewnętrzna się podnosi, gdy zaś podnieta ta działa czas dłuższy, jak np. kąpiel zimna długotrwała, ciepłota po chwilowem, przejściowem podniesieniu się opada i to odpowiednio do długości trwania zabiegu i stopnia ciepła użytej wody. Po usunięciu zaś działania podniety ciepłota powoli wraca do stanu prawidłowego, a nawet podnosi się zazwyczaj ponad stan pierwotny. (Senator, Liebermeister, Jürgensen i i.)

Widzimy, że zabiegi te, zależnie od długości ich trwania, wywołują dwojakie zmiany w ciepłocie wewnętrznej: krótkotrwałe ją podnoszą, — długotrwałe obniżają.

Jakaż tego przyczyna?

Już H. Edwards zwrócił uwagę, że zwierzęta w otoczeniu zimnem więcej spotrzebowują tlenu, niż w otoczeniu ciepłem, co inni jak Finkler i Litten, potwierdzili z tym dodatkiem, iż w stosunku do chłonionego tlenu zmienia się także ilość wydalanego bezwodnika węglowego.

Pflüger, trzymając króliki w kąpieli, której ciepłotę stopniowo obniżał, zauważył w miarę spadku ciepłoty w odbytnicy zwiększanie się ilości wydalanego przez płuca CO_2 i chłonionego O i to w prostym stosunku do postępującego spadku ciepłoty zwierzęcia.

Podobne spostrzeżenia na ludziach zrobili Liebermeister, Jürgensen, Senator, a w ostatnich czasach Winternitz i Pospischill. — Według np. Liebermeistra wydalanie CO_2 w czasie kąpieli zimnej znacznie się wzmagało, co trwało jeszcze przez przeciąg 30 minut po zaprzestaniu kąpieli, poczem dopiero wracało do ilości, jaka była przed kąpielą — i tak, jeżeli przed kąpielą ilość CO_2 wydalanego w 15 minutach wynosiła 9,4 gr., to w czasie kąpieli 24° C również w 15 minutach 11,7 gr., po kąpieli w pierwszych 15 minutach 13,9 gr., a w następnych 15 m. 11,7 gr., — albo jeżeli przed kąpielą ilość CO_2 wydalanego w 15 m. wynosiła 8,8 gr., to w kąpieli 20° C w 15 m. 12,2 gr., a po kąpieli w pierwszych 15 m. 17,4 gr, w drugich 15 m. 8,2 gr. — czyli że nadto z doświadczeń tych wynika, iż ilość wydalanego CO_2 zależy od względnej ciepłoty użytej wody, — o ile kąpiel zimniejsza, o tyle znaczniejsze ilości CO_2 ustrój w równym czasie wydala wśród samej kąpieli, jak i bezpośrednio po niej.

Ponieważ, jak wiadomo, ilość wydalanego CO_2 jako produktu spalania jest miarą żywości przemiany materyi, a temsamem wytwarzania ciepła, przeto możemy powiedzieć, że nizka ciepłota sprawy chemiczne tkanek wzmaga, czyli wytwarzanie ciepła zwiększa.

Z drugiej strony pod wpływem bodźców tych termicznych, t. j. o nizkiej ciepłocie tkanka skóry jak i jej naczynia ulegają zmianom.

Wiemy zaś, że skóra w regulacyi ciepła odgrywa największą rolę, bo drogą tą pozbywa się ustrój 85% do 87·5% (Rosenthal, Vierordt) z ilości ogólnej utraty ciepła, a to przez promieniowanie i przewodnictwo do 70% (Masje, Vierordt), przez parowanie cieczy z powierzchni skóry do 15% (Vierordt).

Gdy na powierzchnię zewnętrzną zadziała zabieg o nizkim stopniu ciepła, ulegają zwężeniu naczynia skórne, skóra staje się bladą, niedokrwioną, — prócz tego kurczą się mięśnie samej tkanki, pozbawiając ją mechanicznie cieczy śródtkankowej. — Skóra zatem, utraciwszy z jednej strony przez zwężenie naczyń krew, z drugiej przez skurcz mięśni własną ciecz, czyli pozbawiona przez to dobrego przewodnika, oddaje mniej ciepła na zewnątrz przez promieniowanie i przewodnictwo, mniej też oddaje przez parowanie, które prawie całkiem ustaje skutkiem osuszenia się warstw naskórka przez wypchnięcie cieczy śródtkankowej. Prócz tego pod wpływem tych bodźców ulega zmianie i krążenie ogólne, tj. ruchy serca zwalniają się, a więc i obieg krwi ogólny, przez zwężone naczynia skórne nietylko mniejsza ilość krwi przepływa, ale i z mniejszą szybkością, mniej tedy jej cząsteczek, w jednostce czasu ulega wpływom termicznym.

Widzimy zatem, że zabiegi o nizkiej ciepłocie wzmagają wytwarzanie ciepła, a zmniejszają jego utratę, — czyli że powinny one wskutek tego ciepłotę ogólną podwyższać; i rzeczywiście, jak okazało się z przytoczonych doświadczeń, — jeżeli zabiegi te działały chwilowo, przelotnie, ciepłota wewnętrzna się podnosiła, — opadała zaś dopiero wtedy, gdy wpływ ich przeciągał się na czas dłuższy, natenczas bowiem ciało pomimo powyżej podanej czynności regulacyjnej, która je chroni przed oziębieniem w zetknię-

ciu z wodą o nizkiej ciepłocie, przecie z czasem ulega ogólnemu prawu fizycznemu i oddaje swe ciepło zimniejszemu otoczeniu, czyli samo oziębia się.

Wynika zatem z tego, że w zabiegach termicznych muszą wywierać wpływ dwa czynniki, t. j. z jednej strony ciepłota wody, jako bodziec albo podnieta nerwowa, z drugiej zaś strony jako przewodnik ciepła. — Objaw pierwszy, t. j. podnoszenie się ciepłoty jako skutek zwiększania się wytwarzania ciepła, a zmniejszania utraty będzie następstwem wpływu pierwszego czynnika, t. j. ciepłoty zabiegu jako bodźca nerwowego, — objaw zaś drugi, t. j. obniżenie się ciepłoty przy dłuższem trwaniu zabiegu będzie wynikiem działania drugiego czynnika, t. j. wody samej, czyli jej ciepłoty i ilości jako przewodnika ciepła. — Po ustaniu działania zabiegu ciepłota powoli wraca do stanu prawidłowego, a nawet, jak wspomniałem, zazwyczaj go przekracza, t. j. podnosi się ponad stan pierwotny, odpada bowiem czynnik odbierający ciepło, a wytwarzanie jego utrzymuje się wzmożone, utrata zaś zmniejszona dopóty, dopóki skóra oziębiona nie odzyska przez następowe zmiany w krążeniu (przekrwienie odczynowe) swej poprzedniej ciepłoty.

W doświadczeniach naszych przy stosowaniu zabiegów o nizkiej ciepłocie krótkotrwałych mamy wyłącznie tylko wpływ ciepłoty, jako bodźca nerwowego, a więc i skutki tego wpływu, t. j. zwiększone wytwarzanie ciepła, a ograniczoną utratę. Wynikiem tego powinno być podwyższenie się ciepłoty trwające dłuższy lub krótszy czas po ustaniu działania zabiegu, jeżeli zaś mimoto ciepłota pozostaje prawidłową, co jest rzeczą zwykłą i normalną, to jest to następstwem wtórnych zmian w skórze, tj. tak zwanego przekrwienia odczynowego, jakie z reguły występuje po owym pierwotnym skurczu naczyń. Skutkiem tego przekrwienia odczynowego zmieniają się stosunki nietylko w krążeniu ale i w tkance skóry, a temsamem zmienia się, to znaczy wzmaga się tą drogą utrata ciepła, a nadto skutkiem tego przekrwienia skóra się ogrzewa, a przez to odpada właściwa przyczyna, wywierająca wpływ na zwiększanie się wytwarzania ciepła, — czyli jednem słowem wraca ciepłota prawidłowa.

Gdy jednak przy częstem a silnem działaniu podniety występuje skutkiem pewnych właściwości osobniczych i wrażliwości nadmiernej zbyt znaczne ogólne zadrażnienie i skutkiem tego dochodzi do stałego, a przynajmniej nadto długo przeciągającego się skurczu naczyń skórnych, co właśnie nastąpiło w spostrzeganych przezemnie przypadkach — wtedy z jednej strony utrzymuje się ograniczona utrata ciepła, a z drugiej skutkiem nizkiej ciepłoty skóry trwa ciągła podnieta do dalszego nadmiernego, ochronnego wytwarzania ciepła — i w takich razach, gdy regulacya nie może nadążyć tak wielkim wymogom, następuje pewnego rodzaju sumowanie się skutków pojedyńczych drażnień, przez co przychodzi do zachwiania się równowagi prawidłowej regulacyi, a tem samem do zaburzenia, które objawia się nieprawidłowem podniesieniem się ciepłoty ogólnej. W miarę zaś, jak po przerwaniu działania bodźca termicznego wracają powoli stosunki prawidłowe, następuje równowaga między wytwarzaniem a utratą ciepła, a temsamem ciepłota ogólna opada do granic prawidłowych.

Że istotnie powyższy objaw jest wynikiem zachwianej regulacyi ciepłoty, wywołanej nadmiernem drażnieniem nizką ciepłotą, widzimy po zachowaniu się ciepłoty w przypadkach tych przy zastosowaniu kąpieli ciepłych. Zabieg ten wywołuje silne przekrwienie skóry, przez co skóra się ogrzewa, a temsamem odpada przyczyna wpływająca na zwiększanie się wytwarzania ciepła, a nadto przez to zwiększa się tą drogą utrata ciepła; przez zmniejszenie się zatem wytwarzania ciepła, a wzmożenie utraty dochodzi, jak widzieliśmy, do spadku ogólnej ciepłoty i do stanu prawidłowego.

Spotykamy się tu z podobnem zjawiskiem, jakie występuje pod wpływem podniet termicznych w zakresie i innych czynności układu nerwowego, np. czynności psychicznych, gdzie po stosowaniu przez dłuższy czas zabiegów, zbyt silnie w danym przypadku działających, występuje przez sumowanie się niejako skutków ciągłego tego drażnienia stan ogólnego, nadmiernego podniecenia, które po zastosowaniu odpowiednich zabiegów, działających w przeciwnym kierunku, t. j. wpływających na układ nerwowy uśmierzająco, ustępuje.

Widzimy z powyższego, że zauważone przez empiryków-hydropatów objawy, nazwane »przełomami«, mają podstawy realne w zmianach istotnych, jakie pod wpływem przedrażniania ustroju zajść mogą w jednej z najważniejszych czynności życiowych, t. j. w ekonomii ciepła.

Nadto zjawisko to dowodzi nam, że podniety termiczne mogą, jak to wspomniałem, pisząc o białkomoczu [4]), wywoływać w pewnych razach zmiany, które już wkraczają w dziedzinę patologii i daje nam wskazówkę, że i w tym kierunku powinno się zwracać uwagę przy ich stosowaniu, by przedrażnianiem ustroju nie narażać zbytnio jego sił odporności.

Empyema pulsans.

Napisał

Dr Stefan Rudzki.

(Ciąg dalszy).

Rzadkość tego ciekawego objawu chorobowego, niejasność jego patogenezy, zarówno jak wyjątkowe ubóstwo w tej dziedzinie ojczystego piśmiennictwa, nie mającego oryginalnej pracy od 30 lat (po jedynym artykule D u n i n a), skłoniły nas do ogłoszenia drukiem przypadku tętniącego ropniaka opłucnej, spostrzeganego niedawno w krajowym Zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie pod Lwowem.

Tomasz Z., 46 l., żonaty, rolnik z B., przyjęty został do krajowego zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie z nawrotem choroby umysłowej w d. 26. października r. 1905. Poprzednio był w zakładzie przez 3 miesiące (od 6. VII. do 8. X. 1905) z rozpoznaniem *Paralysis progressiva;* jako spokojny, a nieuleczalny chory opuścił szpital, po paru tygodniach jednak z powrotem został przywieziony przez żonę z powodu gwałtownego zachowania się w domu.

Chory pijał wódkę oddawna, lecz w niedużych ilościach, jak sam zapewnia. Zakażeniu kiłą zaprzecza. Dziedzicznie nie obarczony, z rodziny jednak nikogo niema: rodzice i jedyny brat poumierali dawno na nieznane bliżej choroby. Cierpienie umysłowe trwa od roku. Już za pierwszym pobytem w zakładzie chory przedstawiał typowy obraz porażenia postępującego zarówno pod względem umysłowym, jak i fizycznym: wybitne otę-

[4]) »Lwowski Tygodnik lekarski«, 1908, Nr 52.

pienie władz umysłowych, euforyczne bredzenia, niedorzeczne i niestałe urojenia wielkości, luki znaczne w pamięci, desoryentacya; nierówność i nieruchomość źrenic, znaczne osłabienie odruchów kolanowych, niedowład lewego policzka, drżenie i zbaczanie języka na prawo, utrudnienie mowy (*dysarthria*), chód bezładny (*ataxia*).

Aczkolwiek chory przeczy przebyciu kiły, to jednak przypuszczać należy, że przechodził on tę chorobę wobec stwierdzonego powiększenia wszystkich gruczołów chłonnych, które są twarde i niebolesne; prócz tego na podniebieniu miękkiem po stronie lewej znajdujemy otwór wielkości grochu (prawdopodobnie po kilaku?). Przemawiać może za kiłą i bezpotomne pożycie chorego z żoną przez 24 lata.

W narządach wewnętrznych stwierdzić można było od samego przybycia do zakładu rozległy nieżyt oskrzeli w dolnych płatach obu płuc, rozedmę płuc z częściowem przykryciem serca; słabą działalność mięśnia sercowego (tony głuche, tętno miernie napełnione) i miażdżycę tętnic obwodowych.

Przy powtórnem przyjęciu do zakładu, chory miał rozległe starcia, sińce i obrzęki na rękach, zwłaszcza na łokciach, na goleni zaś lewej u dołu rozpoczynającą się ropowicę; o pochodzeniu tych uszkodzeń podaje, że w domu »żął i kosił siano i na ścierniskach się podrapał i skaleczył«.

W pierwszych dniach pobytu w szpitalu leżał Z. apatycznie w łóżku, w wynurzeniach swych wykazywał sprzeczności rażące niedorzecznością, których nie umiał wytłomaczyć. Poczucia swej choroby nie miał.

Jadał dostatecznie. Kaszlał dużo wskutek rozległego zajęcia nieżytowego oskrzeli. Już jednak w kilka dni po wstąpieniu (30. X. 1905) zaczął zachowywać się niespokojnie, hałasował po nocach, zdzierał z chorych koce, bił kułakami w drzwi, wołając, że idzie do domu, i t. p. W następnych dniach był również niespokojny, trzymał się brudno, zrywał opatrunki, smarował rany śliną i moczem i zawijał je w brudne szmaty. Ropień na łokciu wkrótce przecięto; na rękach wskutek zanieczyszczania starć przez chorego potworzyły się obrzęki zapalne. Zalecone okłady i opatrunek trudno było utrzymać wskutek niesfornego zachowania się chorego.

Po miesiącu uspokoił się on znacznie, zaczął sypiać i jadać dobrze. Rany zagoiły się, W lutym r. 1906 chory zaczął już chodzić do roboty. Fizycznie czuł się dobrze, tylko skarżył się na bole w nogach wskutek blizn po wrzodach żylakowych na goleniach. W maju wróciła oryentacya: Przez lato r. 1906 chory pracował chętnie przy gospodarstwie zakładowem, wyglądał dobrze, zachowywał się zupełnie spokojnie. Stan takiego zwolnienia utrzymywał się dłuższy czas, sam chory czuł się dobrze i usilnie prosił o odwiezienie go do domu. Starania te jednak spełzły na niczem, gdyż krewni nie chcieli go odebrać z zakładu, obawiając się jego gwałtowności.

Chory w dalszym ciągu pracował na folwarku zakładowym, fizycznie poprawił się ogromnie, utył nawet, policzki miał czerwone, pełne. Mimo to jednak kaszlał stale i pod d. 1. kwietnia 1907 r. zaznaczono w historyi choroby, iż Z. »kilka razy miał już krwotoki płucne, lecz zbadać się nie pozwala, utrzymując, że nic mu nie jest i zdrów jest zupełnie«.

W maju i czerwcu 1907 zaczęło u chorego co parę tygodni występować podniecenie: przestawał on wtedy chodzić do roboty, dużo mówił, licho sypiał po nocach; po kilku jednak dniach zwykle uspokajał się i znowuż brał się do pracy.

W końcu lipca 1907 chory miał kilka razy krwotoki płucne; po paru dniach leczenia wstał jednak i 1. sierpnia poszedł do roboty. O stanie płuc w tym czasie nie znajdujemy wzmianki w historyi choroby.

Przez sierpień chodził codziennie na folwark i pracował chętnie. Apetyt i odżywienie dobre.

W pierwszych dniach września 1907 zaniepokoił się znacznie, przestał chodzić do roboty; podniecony, podczas przechadzki w ogrodzie zbierał kamienie i rzucał na chorych; po nocach nie sypiał, z powodu czego przeniesiony został pod ścisły dozór i odosobniony. W środku września chory już był bardzo podniecony, targał na sobie bieliznę, rwał koce na drobne kawałki; rozrzucał słomę po podłodze, zanieczyszczał się i smarował kałem. Tłukł się po separatce, sam walił się pięściami po głowie, ponabijał sobie sińce; krzyczał przytem, że go »wszyscy biją«, chociaż nikogo w pokoju nie było. Sen i łaknienie miał upośledzone, wskutek czego odżywienie jego podupadło. Podniecenie silne utrzymywało się przez cały wrzesień i październik; chory ciągle okładał się pięściami po twarzy i głowie, tłukł się po celce, całym ciężarem rzucał się na ziemię.

20. października 1907 wystąpiło rozwolnienie — chory co chwila zanieczyszczał się i smarował kałem, tak że kilka razy dziennie pomimo oporu trzeba go było kąpać. Stale niespokojny, targał bieliznę i siennik, rwał wszystko na drobne kawałki i leżał na samej słomie. Biegunka nie ustępowała pomimo leczenia i 28. X. spostrzeżono w stolcach chorego krew; ciepłota ciała nie była podniesiona; zbadanie fizyczne było niemożliwe.

W następnych paru dniach biegunka utrzymywała się, chory osłabiony leżał jednak zupełnie nago w separatce, gdyż zdzierał wszystko z siebie i darł na kawałki; w łóżku siatkowem też się nie dał utrzymać, rwał bowiem siatkę i wychodził z łóżka.

30. X. 1907 przeniesiony został na infirmeryę, gdzie odtąd mogłem osobiście go badać na oddziale prymaryusza Dra K r u s z y ń s k i e g o, który uprzejmie zgodził się odstąpić mi ten przypadek.

Chory od pierwszej chwili przybycia na infirmeryę, skarżył się na silne bole w klatce piersiowej. Badanie przedmiotowe było bardzo utrudnione wskutek nadzwyczajnej wrażliwości chorego, który cały czas krzyczał i na najmniejsze dotknięcie, zwłaszcza klatki piersiowej silnie oddziaływał. Na głowie w okolicy ciemieniowej chory miał ranę niewielką części miękkich. Oprócz tego liczne starcia naskórka na ciele; sińców większych nie widać. Chory krzyczał całymi dniami, bezładnie opowiadał, że »bili go«, zwłaszcza jakiś dozorca »Grzegorz« (oskarżenia te przy ścisłem dochodzeniu okazały się zupełnie nieuzasadnione, dozorcy zaś tego imienia nie było nawet w pawilonie, w którym chory spędził ostatnie tygodnie).

Biegunka utrzymywała się i w infirmeryi w pierwszych dniach po kilka razy dziennie, lecz bez śluzu i krwi. Podniecenie ruchowe i umysłowe trwało bez przerwy przez kilka dni: chory zdzierał z siebie koszulę, krzyczał, rozprawiał sam z sobą, nie pozwalał się dotknąć.

3. XI. 1907, t. j. w 3 dni po przybyciu chorego na infirmeryę, spostrzeżono u niego lekki obrzęk z lewej strony klatki piersiowej w okolicy dolnych żeber z przodu i z boku. Chory wciąż skarżył się na ból w klatce piersiowej, nie dał się jednak zbadać w żaden sposób. Nie pozwalał też założyć sobie ciepłomierza; ręką nie stwierdzono podniesienia ciepłoty.

7. XI. Wystąpiło już widoczne wypuklenie w okolicy 5—6—7 żeber lewych pomiędzy liniami sutkową i pachową przednią; chory nieco spokojniejszy i pozwolił sobie zbadać klatkę piersiową: pośrodku tego wypuklenia wyczuto wyraźnie chrobotanie i brzegi złamanego żebra (6-go). Rana na głowie goiła się powoli. Biegunka mniejsza; stolce po parę razy dziennie. Brzuch nieco wzdęty, nieczuły na ucisk. Języka chory nie chciał pokazać. Ciepłota ciała niepodniesiona. Tętno 80 na 1', miernego napełnienia. Na zbadanie narządów wewnętrznych chory jeszcze nie pozwala, opiera się, krzyczy.

9. XI. W miejscu starć na lewem kolanie i na palcach prawej ręki powstały powierzchowne ropnie. Wypuklenie w okolicy złamanego żebra powiększyło się.

11. XI. Biegunka ustąpiła zupełnie. Chory nieco spokojniejszy. Nie gorączkuje. W okolicy wypuklenia, które szybko powiększało się, prym. Dr K r u s z y ń s k i pierwszy stwierdził tętnienie, równomierne z tętnem naczyń obwodowych. Zbadać się dokładniej chory jeszcze nie daje.

12. XI. Chory dał się przekonać wreszcie i zezwolił na badanie. Wypuklenie zajmuje okolicę 5—6—7 międzyżebrzy; guzowatość ta wypukło spłaszczona, przy opukiwaniu daje odgłos bezwzględnie stłumiony; stłumienie to sięga na lewo do linii pachowej przedniej, na prawo zlewa się ze stłumieniem serca, które dochodzi do prawego brzegu mostka, w wymiarze górnym będąc w granicach prawidłowych. Uderzenia koniuszkowego nie odczuwa się osobno; natomiast tętnienie w okolicy całego wypuklenia jest bardzo wybitne, tak że podnosi rękę, gdy ją przyłożyć całą dłonią. Widzialne też jest ono gołem okiem, zwłaszcza przy bocznem oświetleniu. Przy osłuchiwaniu szmerów żadnych nie słychać. Tony serca głuche, lecz czyste. Tętno równe, twarde, dość pełne, 84 na 1', współczesne z tętnieniem. Guzowatość tętniąca daje się częściowo odprowadzić do środka przez ostrożne uciskanie zewnątrz; jest ciastowato miękka.

W innych miejscach płuc, prócz rozlanego nieżytu oskrzeli dolnych płatów nic wybitniejszego nie stwierdzono.

Na podstawie powyższego obrazu rozpoznano *Empyema pulsans saccatum*, jako następstwo złamania żebra.

13. XI. Chory znacznie spokojniejszy; nie gorączkuje. Samopoczucie nieco lepsze.

(Wskutek choroby mojej dane obserwacyi przez następny miesiąc należą do kol. M i k u l s k i e g o).

15. XI. W okolicy lewego kolana z przodu powstał ropień

wielkości jabłka; chełbotanie wyraźne. Przecięcie podłużne 4 ctm; wypłynęła znaczna ilość ropy i trochę krwi. Chory słabo oddziaływał przy tym zabiegu i trochę tylko jęczał. Przy opatrunkach w ciągu następnych dni ropa już nie odchodziła.

18. XI. Wypuklenie w okolicy złamanego żebra zwiększa się. Tętnienie bardzo wyraźne. Pośrodku coraz znaczniejsze zaczerwienienie skóry. Rana na kolanie goi się bez powikłań. Tętno dobre. Ciepłota prawidłowa.

19. XI. Przecięto na prawym łokciu duży ropień, dochodzący do połowy przedramienia: odeszła znaczna ilość ropy i krwi. Chory znacznie schudł w ostatnich czasach. Wypuklenie w okolicy żeber mało się powiększyło; szczyt zaczerwieniony, skóra na nim ścieńczała.

20. XI. Rany po przecięciach na kolanie i łokciu goją się bez powikłań; ropy przy opatrunkach niema. Guz klatki piersiowej powoli się powiększa; u szczytu znaczne zaczerwienienie. Tętnienie wyraźne, zwłaszcza wyczuwa się po brzegach, mniej po środku. Chory jest znacznie słabszy, senny. Tętno 80, miernego napięcia. Ciepłota prawidłowa.

21. XI. Stan ogólny bez zmiany. Tętnienie wypuklenia wyczuwa się bardzo słabo,

22. XI. Tętnienie w okolicy guzowatości klatki piersiowej znikło.

23. XI. Postanowiono otworzyć ropniaka. Przed zabiegiem zbadano chorego dokładnie, przyczem ani opukiwaniem, ani osłuchiwaniem nie stwierdzono różnicy pomiędzy prawem, a lewem płucem, prócz ściśle miejscowego wypuklenia w okolicy środkowych żeber z lewej strony. Przedwstępnem nakłuciem zwykłą strzykawką Prawatza wydobyto bardzo niewielką ilość gęstej ropy. Przecięcie wykonano podłużne 4 ctm długości na szczycie wypuklenia, na 4 palce poniżej lewej brodawki sutkowej i na 1 palec na wewnątrz od linii sutkowej. Odeszło około szklanki ropy gęstej niecuchnącej. Przy każdym głębszym wdechu, zwłaszcza zaś przy kaszlu wypływ ropy się wzmagał; natomiast stosunku skurczów i rozkurczów serca do odpływu ropy nie spostrzeżono. Ranę zatamponowano gazą jodoformową i nałożono opatrunek. Cały zabieg zniósł chory dobrze, trochę tylko jęczał przy przecięciu. Tętno (po winie) bardzo dobre.

24. XI. Opatrunek przy zmienianiu znaleziono zmoczony znaczną ilością krwi i ropy. Z rany wyciśnięto około pół łyżeczki płynu surowiczego z kawałeczkami tkanki obumarłej. W głębi rany znajduje się okrągły otwór wielkości grochu, prowadzący ku tyłowi i ku środkowej linii ciała; przy płytkiem zgłębnikowaniu wyczuwa się twardą kość (żebro). Głębszego sondowania nie dokonano. Podmiotowo chory czuje się dobrze i znowu zaczyna dużo mówić, krzyczeć; przesunął opatrunek na bok, z kolana zaś i łokcia pozrzucał opatrunki. Tętno dobre.

25. XI. Przy zmianie opatrunku wyciśnięto parę tylko kropel cieczy surowiczej. Rana czysta, goi się bardzo dobrze. Tętno zadowalniające. Ciepłota rano prawidłowa, wieczorem 38,0 C. Chory uskarża się na ból w lewej stopie: stwierdzono ropień poniżej kostki wewnętrznej.

26. XI. Ropień na stopie przecięto: ropa nagromadziła się pod samym naskórkiem, tak że przy lekkiem dotknięciu nożem cienka powłoka została przecięta i wszystka ropa się wylała. Przecięcia na kolanie i łokciu jeszcze nie wygojone. Na miejscu ropniaka opłucnej niema ropy przy zmianie opatrunku. Ciepłota rano 37,3, wiecz. 38.

27. XI. Z rany na stopie odchodzi trochę ropy, brzegi zasinione. Na miejscu ropniaka przez otwór skóry tuż pod skórą widać dolny brzeg żebra, poruszającego się przy oddechu. Odciągając zlekka brzeg otworu ku przodowi, można widzieć cały koniec dośrodkowy złamanego żebra. Powierzchnia złamania jest zupełnie gładka, wewnątrz tylko nieco wyszczerbiona. Przy oddychaniu koniec ten porusza się i występuje w otworze to mniej, to więcej. Przy kaszlu z otworu występuje piana i słychać bardzo wyraźny świst. Pieniącej się cieczy jest tak mało, że nie spływa ona na zewnątrz. Przy ostrożnem zgłębnikowaniu natyka się zgłębnik na miękkie dno na głębokości 1—1$^1/_2$ ctm. Ciepłota rano 36,7, wiecz. 37,7. Tętno 90, średniego napełnienia.

28. XI. Ciepł. 37,0—37,4. Przy badaniu zgłębnikiem bezpośrednio pod skórą wyczuwa się koniec odśrodkowy złamanego żebra; odciągając zlekka skórę, można ten koniec zobaczyć. Rana pokryta ziarniną, dno widać bezpośrednio za żebrem. Przy kaszlu odchodzi piana, świstu nie słychać. Na opatrunku trochę cieczy lekko ropiastej. Umysłowo — pewna rzeźkość, chory wesoło usposobiony, dużo mówi; ze stanu swego sprawy sobie nie zdaje i jest dobrej myśli. 29. XI. C. 38,0—38,2. Tętno i samopoczucie dobre. 30. XI. C. 36,6—37,2. Chory chętnie rozmawia, na nic się nie skarży.

1. XII. C. 36,5—37,5. Rana powoli pokrywa się ziarniną. Opatrunek zmoczony niewielką ilością ropnej cieczy.

2. XII. T. 36,4—36,7. Chory znacznie wychudł. Zachowuje się zupełnie spokojnie. Odleżyna na krzyżu po prawej stronie. Wszystkie rany zwolna zapełniają się ziarniną. — Przez następne dni ciepłota prawidłowa.

9. XII. Rana żebrowa wypełnia się ziarniną i przez powstały wązki otwór widać tylko mały kawałek żebra. Rany na łokciu, kolanie i stopie goją się dobrze. Odleżyna na krzyżu utrzymuje się; powstały drobne odleżyny i nad krętarzami.

14. XII. Otwór rany na klatce piersiowej całkowicie wypełnił się ziarniną i żebra już nie widać. Inne rany i odleżyny goją się dobrze.

29. XII. Wszystkie rany wygoiły się prócz pozostałej po ropniaku opłucnej: tu w 6-tem międzyżebrzu na wewnątrz od linii sutkowej lewej na 2 ctm widać otworek, z którego sączy się ropa.

5. I. 1908. Ogólny stan chorego jest dobry: poprawił się on tak umysłowo, jak i fizycznie.

10. I. Chory w dzień zupełnie spokojny; w nocy źle sypia, o ile nie zażyje leku nasennego. Jada bardzo dobrze, popełniał, wzmocnił się.

15. I. 1908 ponownie ujrzałem chorego po miesiącu: granice serca obecnie prawidłowe; tętno 60—70, dobrego napięcia, czasem przepuszczające (parę razy na 1'). W dolnych płatach płuc trochę wilgotnych rzężeń rozlanych; stłumienia niema. Kaszel bardzo nieznaczny, bez wydzieliny. Po ropotoku pozostała przetoka niewielka lejkowata, z głębi której odchodzi trochę ropy. Badanie bardzo bolesne.

16. I. Ciężar ciała 71 kg. Chory zachowuje się spokojnie; stwierdza się jednak dość znaczne otępienie umysłowe.

25. I. Stan fizyczny bardzo dobry. Z przetoki stale wydziela się niewielka ilość gęstej ropy, żółtawej, niecuchnącej.

30. I. Rzut serca w V. międzyżebrzu na 2 ctm wewnątrz od linii sutkowej lewej: w zwykłej postawie stojącej, ani tembardziej leżącej, nie wyczuwa się go zupełnie; przy nachyleniu się chorego ku przodowi od czasu do czasu w opisanem wyżej miejscu daje się uczuć lekkie wstrząśnienie. W tem samem miejscu spostrzega się przy skurczu serca wciągnięcie międzyżebrza; bywa to jednak niestale, ale mniejwięcej co 2—3-cie uderzenie tętna.

5. II. Wciąganie V. międzyżebrza przy skurczach serca jest faliste i daje się spostrzedz tylko od czasu do czasu (jak wyżej).

10. II. Chory nie kaszle, nie pluje; w płucach rzężeń nie słychać. Granice płuc ruchome. Ciepłota stale prawidłowa.

15. II. Z przetoki wydziela się nieco mniej ropy; miejsce to jest bardzo bolesne i chory nie pozwala go dotknąć się. Siedziba przetoki odpowiada złamaniu żebra, którego brzegi nie dają się wyczuć.

20. II. Chory spokojny, ale obojętny; niczem się nie chce zajmować, leży przeważnie w łóżku. Miewa urojenia prześladowcze, lecz w znacznie mniejszym stopniu, niż dawniej. Leki nasenne bierze stale. Twarz blada, jakby lekko nalana. Obrzęków powiek niema. W moczu, badanym parokrotnie, zmian nie wykryto.

24. II. Szybka poprawa fizyczna. Chory utył znacznie. Ciężar ciała 75 kg. Jada b. dobrze.

26. II. Wciągania międzyżebrza w okolicy serca nie spostrzeżono już obecnie. Tętno 64—70, dobre.

29. II. Z przetoki wydziela się zaledwo parę kropel ropy. Bolesność uciskowa trwa niewielka. Chory wesoły, jowialny. Myśli ciągle o powrocie do domu.

2. III. Ropa przestała wydzielać się z przetoki.

8. III. Chory wygląda bardzo dobrze. Łaknienie ma doskonałe, zachowuje się spokojnie. Kaszle stale, odkrztusza znów plwocinę ropno-śluzową, przy której zbadaniu prątków gruźliczych nie wykryto, natomiast znaleziono dużo paciorkowców.

9. III. Waga wciąż powiększa się: dziś już 77,5 klgr (+6,5 kg od 16. I. 1908).

11. III. Chory zachowuje się spokojnie, ale więcej przygnębiony, gdy zwykle bywał wesół. Skarży się, że w okolicy złamanego żebra jeszcze go trochę boli. Tętno 72, twarde, napięte, równe.

15. III. Chory znowu wesoły, wybiera się do domu. Ropa zupełnie nie wydziela się z otworku po przetoce. Kaszel mierny z plwociną śluzowo-ropną. W płucach, zwłaszcza w prawem, dużo rzężeń wilgotnych u dołu.

21. III. Przeniesiony został na oddział III., (gdzie doznał uszkodzenia żebra), tam jednak tak żywo zaczął wyrażać swe

niezadowolenie, że musiano go tego samego dnia odesłać z powrotem.

W następnych trzech miesiącach chory pod względem fizycznym czuł się zadowalniająco, niczem jednak nie chciał się zająć. Czas spędzał przeważnie w łóżku, przyczem leżeć na lewym boku nie mógł wskutek bolu w okolicy złamanego żebra. Wyrażał często pragnienie powrotu do domu, gdzie obiecuje energicznie wziąć się do roboty.

12. VII. 1908 chory został wydalony z zakładu jako nieuleczalny, a spokojny i nie zagrażający bezpieczeństwu i obyczajności publicznej (w myśl § 25 statutu).

Stan jego przy opuszczaniu zakładu był następujący:

Chory wygląda bardzo dobrze, znacznie utył, waży 82,6 (przybyło mu 12 kg od stycznia r. b.). Pokaszluje jednakże, odkrztusza codzień, zwłaszcza zrana plwocinę ropno-śluzową w umiarkowanej ilości. Skarży się na bole w okolicy złamanego żebra i sypiać na lewym boku nie może. Nie gorączkuje. Łaknienie ma dobre. Sen prawidłowy. Stolce zbite. Tętno 88 na 1', napięte, pełne, prawidłowe, w czasie badania podnosi się do 104. Granice serca prawidłowe, rzut niewidzialny, wyczuwa się go niewyraźnie w 5-tem międzyżebrzu na 2 ctm na wewnątrz od linii sutkowej lewej. Tony czyste, lecz dość głuche. W szczycie prawego płuca względne stłumienie bez innych zmian; dolne brzegi płuc mało ruchome. Świsty w górnym płacie lewego płuca; dużo rzężeń wilgotnych drobno-bańkowych w całym dolnym i średnim płacie prawego płuca — bez stłumienia. Narządy jamy brzusznej bez zmian; duży pokład tłuszczowy. W okolicy 6. żebra z lewej strony, na 4 palce poniżej brodawki sutkowej i na 1 palec na wewnątrz od niej znajduje się duża lejkowato wciągnięta blizna, na której dnie wyczuwa się zgrubiały odśrodkowy koniec złamanego żebra; nieco na wewnątrz wyczuwa się wyraźne chrobotanie i zgrubienie dośrodkowego końca żebra. Badanie jest bardzo bolesne. Na prawym łokciu, na lewem kolanie i na lewej stopie znajdują się blizny po przecięciach. — Prawa źrenica dwa razy szersza od lewej, lewa bardzo wązka; obie prawie zupełnie nieruchome. Lewy kąt ust nieco niżej opuszczony, język zbacza na prawo. Odruchy kolanowe zachowane, prawy silniejszy, prawie wzmożony. Czucie bolu zachowane, z prawej strony nieco silniejsze. Chód pewny, zborny. Zacinania się w mowie niema. Pod względem umysłowym chory przedstawia się tylko otępiałym w miernym stopniu: pamięć ma osłabioną, nie pamięta dokładniej, kiedy przybył do zakładu; dzień obecny podaje dobrze, w miesiącu się myli, (»październik, wrzesień, czerwiec«), roku zupełnie nie wie. Urojeń wielkości obecnie niema. Zapytany, ile ma gruntu, mówi, że kilka morgów; na uwagę, że dawniej podawał 1000 morgów, macha niecierpliwie ręką: »A, gdzie tam, żeby choć 10 było, i toby dobrze było«. Zaprzecza, żeby pił kiedy trunki w większej ilości; na przypomnienie, że podawał, jakoby »śliwowicę codzień pijał po 3 kieliszki najmniej«, mówi, śmiejąc się, że nawet nie widział nigdy śliwowicy, a pijał zwykłą siwuchę. Jeszcze raz stanowczo zaprzecza przebyciu kiły. O złamaniu żebra wciąż mówi, że »dozorca Grzegorz namówił innego, żeby mu to zrobił na spacerze«; nie daje się przekonać wykazaniem widocznej niedorzeczności tego twierdzenia. Żonę nazywa największym swoim wrogiem, jej przypisuje »niesprawiedliwe« umieszczenie jego — zdrowego człowieka — w szpitalu dla obłąkanych. Wraca do domu chętnie i sądzi, że będzie mógł zająć się osobiście całem gospodarstwem.

Po opuszczeniu zakładu przez chorego żadnych wiadomości o nim nie mamy przez pół roku, należy więc przypuszczać, że zwolnienie choroby (remisya) utrzymuje się dotąd.

Opisany powyżej przypadek tętniącego ropniaka opłucnej w wielu szczegółach różni się od znanych dotąd spostrzeżeń, etyologia jego jest zupełnie odmienną, obraz kliniczny sprzeciwia się pewnym zasadniczym »prawidłom«, ustalonym przez Dieulafoy, najlepszego niewątpliwie znawcę tej sprawy chorobowej, — musimy więc szczegółowiej omówić nasz przypadek w porównaniu z opisanymi przez innych autorów.

Co do samej nazwy cierpienia »Empyema pulsans«, dłuższy czas istniała pewna różnica pomiędzy autorami, zależnie od poglądów ich na istotę wysięku. Najdawniejsi pisarze używali nazwy »pleuritis pulsans«, wprowadzonej przez Mc Donella sen. na początku XIX stulecia, już jednak Walshe w połowie wieku ubiegłego używał nazwy »pulsating Empyem«. Z późniejszych autorów Comby korzysta jeszcze z obu tych nazw (»empyème pulsatile« lub »pleurésie pulsatile«), a potem istnienie tętniącego wysięku opłucnej z treścią nieropną poddane nawet było wielkiej wątpliwości. I tak Dieulafoy zaznacza, że na 60 przeszło przypadków »pleuritis pulsans«, opisanych do r. 1899, zaledwo znaleźć można 3—4 spostrzeżenia, w których wysięk określano jako nieropny, lecz i tu »przy bliższem rozpatrzeniu niektóre z nich są wątpliwe«. A więc w przypadku Rummo miał być krwawy wysięk tętniący opłucnej. W jednym z przypadków Combyego wysięk tętniący nazwany jest surowiczym, choć już przy drugiem przekłuciu otrzymano ciecz ropną; dalej w przypadku Lépine'a wysięk był surowiczy, lecz »trochę mętny«; wreszcie w przypadku, podanym przez Piussara, przypuszczano u chorego z tętnieniem klatki piersiowej istnienie surowiczego wysięku, przypadku tego jednak za dowodzący nie można uważać, gdyż »wobec niepewności rozpoznania przekłucia nie robiono«.

Na podstawie powyższych danych Dieulafoy wnosi, iż tętniące zapalenie opłucnej z wysiękiem surowiczym spotyka się nadzwyczaj rzadko: wysięk prawie zawsze, »jeśli nie zawsze«, bywa ropny, tak iż nazwa »Empyema pulsans« jest zupełnie uzasadniona.

Tętniący ropniak opłucnej zdarza się przeważnie w młodym i dojrzałym wieku, opisano jednak spostrzeżenia, dotyczące i dzieci (przypadki Mahla, Arana). Co do płci, częściej bywa ropniak tętniący u mężczyzn, niż u kobiet (Osler).

Etyologia ropienia wysięku nie odgrywa roli w częstości ropniaka tętniącego, opisano bowiem tętnienie w ropniakach opłucnej zarówno gruźliczego, jak też pneumokokkowego lub też septycznego pochodzenia. Nasz przypadek etyologicznie różni się od innych tem, że ropniak opłucnej wywołany został przyczyną zewnętrzną, mianowicie złamaniem żebra, — i pod tym względem jest on jedynym w znanem mi piśmiennictwie.

W przebiegu ropniaka tętniącego odróżnia się zwykle dwa okresy: pierwszy, — gdy mamy zwykły ropny wysięk opłucnej bez najmniejszego śladu tętnienia; okres ten trwać może różny przeciąg czasu — tygodnie lub nawet miesiące; w drugim dopiero okresie występuje tętnienie. Wyraźny podział na okresy zaznaczył się i w naszym przypadku: gdy bowiem już 3. XI. 1907 spostrzeżono wypuklającą się na zewnątrz »empyema necessitatis«, tętnienie guza wystąpiło po raz pierwszy dopiero II. XI. Co jednak ciekawsze, że istniało ono bez przerwy tylko 10 dni, stopniowo bowiem słabnąc, samorzutnie znikło 22. XI. na dzień przed przecięciem guza. — Mieliśmy tedy u naszego chorego 3 okresy, których inni autorowie nie podawali, zazwyczaj bowiem tętnienie istniało do chwili otwarcia ropniaka.

Bardzo znamienną jest rzeczą, że tętnienie dają wysięki tylko lewostronne. Tętniące wysięki prawostronne należą do nadzwyczajnych rzadkości, tak że n. p. Dieulafoy w całem piśmiennictwie znalazł jeden tylko taki przypadek.

Drugi »konieczny warunek« powstania ropniaka tętniącego podaje Dieulafoy, a to, żeby sprawa zapalna zajęła całą jamę opłucnej i żeby powstał znaczny wysięk.

»Ropne zapalenia opłucnej z niewielkim wysiękiem, otorbione, międzypłatowe, przeponowe lub wielokomorowe, po większej części nie dochodzą do tętniącego ropniaka« twierdzi Dieulafoy.

Rzeczywiście, w ogromnej większości przypadków, podanych w piśmiennictwie, (w tej liczbie i u chorej Dunina), wysięki były bardzo obfite, już jednak Biegański wspomina o »otorbieniu« wysięku, jako o warunku nawet wytworzenia tętnienia. W naszym zaś przypadku niewątpliwie mieliśmy tylko ograniczone zapalenie opłucnej ściśle otorbione, z niewielkim wysiękiem ropnym, a jednak tętnienie wystąpiło bardzo wybitne.

Uwzględniając tedy nawet odrębne warunki powstania ropniaka u naszego chorego (złamanie 6. żebra w pobliżu serca i powstanie wysięku, przylegającego bezpośrednio do worka osierdziowego), należy zdanie Dieulafoy uzupełnić poprawką, że jednak przy sprzyjających okolicznościach i ograniczone wysięki opłucnej mogą dawać tętnienie.

U naszego chorego, jak i w większości opisanych dotąd przypadków, tętnieć zaczął wysięk na przebiciu (»empyema necessitatis«), w rzadkich jednak razach występuje tętnienie i przy wysięku opłucnej, nie przebijającym się nazewnątrz.

W tych przypadkach, — po stwierdzonem przez pewien czas istnieniu zwykłych tylko objawów ropniaka opłucnej, daje się nagle wyczuć tętnienie w tem lub innem miejscu klatki piersiowej, — nieraz najbardziej nieoczekiwanem: może ono wystąpić zarówno na przedniej powierzchni, jak z boku lub z tyłu, czasami u samego dołu klatki piersiowej, częściej u góry.

Tętnienie, zajmujące nieraz bardzo znaczną przestrzeń, można stwierdzić zarówno przez osłuchiwanie jak niemniej zapomocą wzroku i dotyku.

Przy osłuchiwaniu tętniącego miejsca bicie jest wyraźnie słyszalne, żadnych natomiast szmerów stwierdzić nie można. Przy dotyku otrzymujemy wrażenie rzutu koniuszkowego serca lub bicia dużego tętniaka; tętnienie to jest równoczesne ze skurczem; klatka piersiowa wyraźnie uderza w dłoń badającego, lecz drżenia *(frémissement)* nie daje. Przy uważniejszem wreszcie oglądaniu zajętej okolicy widać na niej ruchy faliste lub podnoszenie się klatki piersiowej (»w niektórych przypadkach dostrzedz można rytmiczne wstrząśnienie jednej połowy klatki piersiowej, zależne od skurczów serca«. L. Korczyński).

(C. d. n.).

Oceny i sprawozdania.

Dr F. Malinowski: **Choroby weneryczne,** tom I. — **Przymiot** (syfilis). Warszawa 1908.

Istotnie dający się odczuwać brak podręcznika chorób wenerycznych w języku polskim, szczególnie dziś wobec wymogów nowej ustawy dla studyów lekarskich, zapełnił autor wydaniem niniejszej książki, która stanowi tom I. szerzej zakreślonego dzieła. — Po krótkim wstępie geograficznym i historycznym, odnoszącym się do przymiotu, przedstawieniu zasadniczego przebiegu choroby, kreśli autor obraz poszczególnych okresów. Doskonały opis nacieku pierwotnego kiły (autor używa nazwy »szankier twardy« — może raczej stwardniały) daje czytelnikowi wyraźny obraz, zwłaszcza, że autor opisuje nietylko postacie różne i w różnych okolicach ciała powstające, ale również barwnie porównywa je z różnymi objawami podobnymi, należącymi do innych chorób. Podobnie szczegółowo przedstawia autor t. zw. okres drugorzędny choroby. Po zwięzłej a jasnej charakterystyce ogólnej całego okresu opisuje M. poszczególne typy wysypek: plamistej, grudkowej i wrzodziejącej. Tę ostatnią postać, którą autor nazywa »wrzodziastą«, oddziela od wszystkich wysypek krostkowych i pęcherzykowych, a do »wrzodziastych« zalicza tylko niesztowice i brudziec, które powstają niewątpliwie z pęcherzyków. Bielactwo i czerniaczkę skóry (*leucomelanoderma*) uważa M. za objawy barwikowe, ściśle do siebie należące, nie objaśnia jednak ich patogenezy. Opisawszy dalej wyłysienie na tle zakażenia kiłowego i zanokcicę, przechodzi autor do wysypek moknących (które nazywa także nie wiadomo dlaczego »śluzowemi«) w czterech postaciach, opisując jasno nietylko ich wejrzenie, ale i siedzibę i częstość powstawania w różnych okolicach ciała, w błonach śluzowych i w skórze, u kobiet i u mężczyzn. Podając opis zmian w różnych narządach wewnętrznych, spostrzeganych w przebiegu kiły wtórorzędnej i krótki zarys rokowania, kreśli autor obraz histologiczny wspomnianych wysypek, oparty na własnych badaniach i objaśniony doskonałymi rysunkami. Trudno jednak zgodzić się z autorem, że barwa wysypki kiłowej polega na obecności w nacieku krwinek czerwonych, które M. znajdował w niektórych guzkach, bo dziś przecież nikt nie wątpi w przeświecanie nacieku przez naskórek nietylko w kile, ale i w różnych innych sprawach chorobowych tego narządu. Nie można również z tekstu części anatomicznej wywnioskować, jakie znaczenie mają wedle autora znalezione w niektórych wysypkach mikroby ropne, bo zdanie: »sprawę wywołują krętki blade; działalność ich mogą potęgować drobnoustroje ropne, a ułatwiać i podsycać istniejące już poprzednio zmiany chorobowe skóry«, nie objaśnia zapatrywania autora. Część tę kończy leczenie miejscowe.

Część druga obejmuje przedewszystkiem obraz okresu trzeciorzędnego kiły, którego występowanie »zależy głównie« wedle autora »od braku lub niedostateczności odpowiedniego leczenia w okresie drugorzędnym«, a zapatrywanie to uzasadnia autor statystyką różnych autorów, obejmującą główne zmiany w powłokach zewnętrznych, a nie narządów wewnętrznych, co pozbawia ją istotnej wartości. Opisawszy bardzo szczegółowo i przejrzyście zmiany tego okresu w skórze i błonach śluzowych, szkicuje zmiany różnych narządów wewnętrznych, przechodząc do rokowania i obrazów anatomicznych, objaśnionych bardzo dobrymi rysunkami. Po obszernym i bardzo wyczerpującym ustępie o leczeniu, w którym czytelnik znajdzie wszystkie sposoby leczenia od najdawniejszych do najnowszych, wszystkie środki i przetwory, w dawniejszych czasach używane i obecnie do leczenia wprowadzone, — następuje jasna i dokładna polemika z różnemi zapatrywaniami na kiłę wrodzoną. Autor unikał zgodnie z nowszymi poglądami na tę sprawę nazwy kiły »dziedzicznej«, a mówi tylko o kile nabytej w czasie życia płodowego i wychodząc z tej zasady, odrzuca wszystkie niejasne teorye, które samą sprawę t. zw. dziedziczenia kiły tak bardzo dotąd zaciemniają.

Do dzieła dodano 30 tablic trójbarwnych, stanowiących piękny atlas, obrazujący różne rodzaje tak nacieków pierwotnych, jak i wysypek różnych okresów kiły. Cała książka, wydana na pięknym papierze nakładem autora, odznacza się przejrzystością układu i dobrym, wyraźnym drukiem, a jako podręcznik polski jest bardzo dobrym nabytkiem dla uczącej się młodzieży.

Niektóre usterki językowe poprawi zapewne autor w II. wydaniu; już sama nazwa choroby »przymiot« możeby się dała uniknąć, bo mimo dawne jej użycie, zakrawające na szyderstwo, trudno dziś ciężką chorobę nazywać wyrazem, który ma w języku całkiem inne, dobrze określone znaczenie.

F. Krzyształowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

W. Böcker. **W sprawie powstawania i leczenia** *»myositis ossificans traumatica«.* (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Böcker rozróżnia trzy postacie *»myositis ossificans«*: 1) *m. ossificans progressiva*, jako wrodzoną konstytucyjną chorobę; 2) *m. ossif. circumscripta*, która powstaje wskutek kilkakrotnych po-

wtarzających się urazów; 3) *myos. ossif. traumatica sensu stricto* (*osteoma traumaticum intermusculare* [Kienböck]), wywołane jednorazowym gwałtownym urazem. B. podaje poglądy różnych autorów w sprawie powstawania tej choroby i opisuje kilka przypadków trzeciej postaci. *Chlumsky.*

A. Schanz. **Wyniki korekcyi przy ciężkich skrzywieniach kręgosłupa.** (*Zeitschrift f. orthop. Chirurgie* 1908, Zeszyt 1—3). Schanz omawia na podstawie kilku przypadków wyniki gwałtownego wyprostowania (redressement) w ciężkich skrzywieniach i jako rzecz nową, (w czem się myli), podaje kombinacyę wyprostowania i gorsetu. (Jak widać z podanych fotografii, nie osiągnął S. wcale nadzwyczajnych wyników, chociaż po wyprostowaniu można się bardzo wiele spodziewać. Równie dobre usługi w ciężkich skrzywieniach oddaje dobrze dostosowany gorset). *Chlumsky.*

Cramer. **O bocznem skrzywieniu kręgosłupa wskutek niezupełnego zrostu górnych kręgów krzyżowych.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Cramer wydał niedawno bardzo zajmującą pracę o bocznem skrzywieniu kręgosłupa. Sprawozdawca już przed dwoma laty podał swoje poglądy w sprawie częstości wrodzonego skrzywienia i dowiódł, że ono częściej występuje, niż się ogólnie mniema. Cr. dowodzi tego na podstawie badań anatomicznych i wykazuje, że kręgi krzyżowe często mają nieprawidłowe kolce i dlatego wywołują skrzywienia. *Chlumsky.*

Wilhelm Schulthess. **Zawodowe skrzywienie kręgosłupa.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Schulthess, jeden z najlepszych znawców bocznych skrzywień kręgosłupa, podczas swego pobytu w Wenecyi zauważył, że gondolierzy, kierujący gondolą jednem wiosłem, przy pracy przybierają postawę, która odpowiada lewostronnemu lędźwiowemu i prawostronnemu piersiowemu skrzywieniu kręgosłupa. Sch. twierdzi, że większość gondolierów ma wyraźne skrzywienie kręgosłupa, powstałe wskutek wyżej wspomnianej postawy. Wskutek braku czasu nie mógł jednak S. badań na szerszą skalę przeprowadzić; jednak Fabio Vitali z Wenecyi w swojej pracy o chorobach zawodowych nie znalazł na kośćcach gondolierów żadnych osobliwych zniekształtnień. *Chlumsky.*

Jehle. **O białkomoczu wskutek skrzywienia kręgosłupa ku przodowi.** (*Tow. lek.* Wiedeń, 18. XII. 1908). U dzieci zjawia się czasem białkomocz, gdy stoją, siedzą, klęczą lub chodzą, a kręgosłup mają wychylony ku przodowi. Natomiast w przypadkach podobnych w razie założenia stosownego przyrządu, znika białko z moczu pomimo tego, że dzieci długo stoją lub chodzą; natomiast po zdjęciu przyrządu już w bardzo krótkim czasie pojawia się znowu białko. Skrzywienie kręgosłupa wywołujące białkomocz, różni się tem od wygięcia fizyologicznego, że jego najwyższy punkt leży nieco wyżej, niż zwykle, bo koło 1—2. kręgu lędźwiowego. Cierpienie to jest zwykle rodzinnem, bo i wygięcie kręgosłupa takiem bywa. Przyczyny białkomoczu szukać należy w zastoju w żyłach nerkowych, wywołanym przez ucisk kręgosłupa. Leczenie polega na założeniu odpowiedniego aparatu i wzmacnianiu ustroju. — Na temże posiedzeniu Preleitner pokazał odpowiedni przyrząd, składający się z pasa i dwóch prostopadle do niego umieszczonych sztab z pelotami, które poniżej łopatek wypychają kręgosłup, a mianowicie górną jego część ku przodowi, przez co znoszą wypukłość przednią. *K.*

Riedinger. **Zmiany na kończynach u królików po przecięciu chrząstki.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Riedinger przeprowadzał doświadczenia w ten sposób, że u królików 6—8 tygodniowych nacinał kość łokciową (*ulna*) tuż nad dolną nasadą i później w rozmaitych odstępach czasu zwierzęta zabijał. Następnie mikro- i makroskopowo badał tak zdrową, jak i chorą kończynę. W przeciągu 28 dni następowało zagojenie się. Kończyny operowane rozwijały się słabiej i na miejscu nacięcia miały wyrośle, podobne do zgrubień krzywicowych. *Chlumsky.*

Hofmann. **Dalsze badania i doświadczenia nad przeszczepianiem okostnej przy leczeniu kostnych zrostów stawów.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 59., Z. III.). Na podstawie doświadczeń na zwierzętach i odpowiednich przypadków chorobowych oświadcza się H. stanowczo za przeszczepianiem okostnej na świeżo obcięte powierzchnie zesztywniałego stawu, celem zapobieżenia zrostom. Ze wszystkich tkanek, używanych do wkładania pomiędzy kości, nadaje się najlepiej do tego okostna, jako tkanka, działająca tu nietylko jako ciało obce, ale równoważąco na sprawy wessania i tworzenia kostniny. Z tego też powodu nie spostrzega się po włożeniu okostnej przeciwnego zesztywnieniu skutku, t. j. stawów cepowatych, ale nowe powierzchnie stawowe przystosowują się prędko do swej czynności, o czem i na fotografiach rentgenowskich dokładnie przekonać się można. Także i materyał jest pod ręką, bo okostnę można zawsze w dostatecznej ilości zabrać z przedniej powierzchni kości piszczelowej. *K.*

R. Aberle. **O pewnej szczególnej chorobie kości i stawów.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Aberle podaje przypadek nadżerki (*usura*) kości (kości łokciowej w połączeniu ze zwichnięciem główki kości promieniowej) z obrzękiem i bolami i usiłuje całą tę sprawę przedstawić jako coś niezwykłego. Schorzenie powstało powoli u pewnego 40-letniego chorego, który przed laty 20 przebył wrzód miękki i wiewióra. Już raz chory ten cierpiał na dolegliwości w obecnie chorej ręce. Po zastósowaniu leczenia przeciwkiłowego bole ustąpiły, jak również i obrzęk, tylko zwichnięcie i nadżerka kości pozostały oczywiście bez zmiany. Chory (szewc) był do pracy nadal zdolny, jednakże porzucił swój zawód, ponieważ przy ciągłem zajęciu doznawał lekkich bolów. — (Sądzę, że zbyteczna tu dodawać, że w przypadku tym chodziło o kiłę kości. *Przyp. spr.*). *Chlumsky.*

Bergemann i Prof. Stieda. **O przebiegającem ze złogami wapniowymi zapaleniu torebki ścięgnistej barku.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 52). Niedawno ogłosił Stieda 8 przypadków ostrego zapalenia torebki, leżącej pod mięśniem naramiennym. Obraz chorobowy jest bardzo typowy. Choroba powstaje nagle, zwykle po urazie (w kilka godzin nieraz w nocy) i cechują ją silne bole w okolicy barku. W większości przypadków występuje ona u kobiet, rzadziej u mężczyzn, a zawsze dopiero po 40. roku życia. Ruchy czynne prawie zniesione, bierne bolesne. Sam staw niebolesny, a tylko okolica torebki bardzo wrażliwa. Po kilku dniach silnej bolesności zwykle wraca wszystko do stanu prawidłowego. Badania rentgenowskie stwierdziły stale wybitny cień koło guza wielkiego kości ramieniowej. Ponieważ żaden z chorych nie zgodził się wtedy na operacyę, przeto nie można było dokładnie zbadać istoty choroby. Obecnie B. i S. po zoperowaniu trzech dalszych przypadków zdają dokładnie sprawę z tego dość częstego cierpienia. Obraz chorobowy był ten sam, a na zdjęciach rentgenowskich poniżej wyrostka barkowego na guzie większym widać było wyraźnie cień jeden, lub kilka. Operacya polegała na wycięciu torebki, której badanie stwierdzało stale te same zmiany, t. j. naciek zapalny, tu i owdzie zgorzel miejscową i złogi wapniowe bezpostaciowe. Obraz chorobowy, jakoteż i badanie drobnowidowe przypominają żywo sprawy, toczące się przy sprawie moczanowej. Rössler opisał podobne przypady przy zapaleniu torebki pod ścięgnem Achillesa. Wolff uważa je za zmiany starcze. Sprawa ta przebiega zdaje się przewlekle, a dopiero uraz ją zaostrza. Zabieg operacyjny, zresztą prosty, usuwa chorobę zupełnie i chroni od nawrotów. Obraz choroby, jakoteż typowy obraz rentgenowski, czynią rozpoznanie bardzo łatwem. *K.*

P. Bade. **W sprawie techniki operacyjnej artrodezy.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Bade jest gorliwym zwolennikiem artrodezy, którą uważa za znakomitą metodę. Opisując różne jej odmiany, nie podaje B. zresztą nic nowego i nie popiera swoich twierdzeń żadnymi dokładnie przytoczonymi przypadkami. *Chlumsky.*

Froehlich (Nancy). **Co może powstać z niektórych wyleczonych zwichnięć w stawie biodrowym.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* T. XXII.). Dotychczas niewiele zajmowano się późnymi wynikami wyleczonych, wrodzonych zwichnięć w stawie biodrowym. Fröhlich znalazł z 230 przez siebie operowanych przypadków (20% zupełnie wyleczonych, 50% prawie), 10 takich, które dały złe późne wyniki. Były to przypadki, które początkowo dały wyniki zupełnie bez zarzutu. Z tych 4 chorych dostało później bioder szpotawych (*coxa vara*), u dwóch powstał zupełny zanik szyjki stawowej, dwóch zachorowało na gruźlicę stawu biodrowego, a z dwóch ostatnich u jednego wystąpiło urazowe zwichnięcie, u drugiego dziecięce porażenie rdzeniowe. Dwa ostatnie przypadki nie stały oczywiście w żadnym związku z pierwotnem schorzeniem, natomiast z pewnością zachodził związek w pierwszych 8 przypadkach. *Chlumsky.*

Joachimsthal. **Wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego jako częściowy objaw przy innych wadach wrodzonych.** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* T. XXII.). J. podnosi rzecz, dawno zresztą znaną, że wrodzone zwichnięcie w stawie biodrowym częstokroć idzie w parze z innemi wrodzonemi wadami

i jako przykład podaje kilkanaście przypadków, gdzie oprócz wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego znalazł kręcz (*torticollis*), zwichnięcie kości promieniowej, stopy końsko-szpotawe, stopy hakowate, brak kości strzałkowej i inne podobne zniekształtnienia. *Chlumsky.*

Ludloff. **W sprawie krwawego nastawiania wrodzonego zwichnięcia w stawie biodrowym,** (*Zeitschrift f. orthop. Chir.* 1908). Bywają takie przypadki wrodzonych zwichnięć stawów biodrowych, których niepodobna bezkrwawo nastawić, a które operowane być muszą. L. poleca w takich przypadkach na podstawie swych badań anatomicznych nową metodę operowania, polegającą na cięciu skórnem przy zewnętrznym brzegu m. przywodzącego wielkiego i dostaniu się wprost do torebki stawowej, którą się otwiera i główkę kości udowej wstawia. Wyskrobywania, ani też poprawy panewki L. nie wykonuje. Opatrunek gipsowy zakłada w znanem ułożeniu ząbkowem. L. operował według tej metody dotychczas 5 przypadków. Ostatecznych wyników nie może jeszcze dotąd podać, bo leczenie jeszcze nie jest ukończone. *Chlumsky.*

Wildt. **Przypadek uwięznięcia zwichniętej rzepki.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 52). 58-letni mężczyzna spadł z wysokości 3 metrów głową na dół w tył z wozu napełnionego słomą i przytem uderzył się silnie kolanem prawem o brzeg wiadra. Badanie wykazało: kolano w całości obrzękłe i zgięte pod kątem 165—170°. Chory kończyny dolnej sam podnieść z powodu bolów nie może, zgięcie i wyprostowanie możebne w granicach 20°. Badanie miejscowe stwierdza, że rzepka stoi uwięzła prostopadle w szparze stawowej w ten sposób, że jej zwykła (skórna) przednia powierzchnia zwrócona jest ku udu, a stawowa ku stopie. Brzeg górny rzepki w szparze stawowej, dolny u góry, a od niego biegnie bardzo silnie napięte więzadło własne rzepki do kości piszczelowej. $3^1/_2$ ctm powyżej rzepki wyczuć można w mięśniu czworogłowym $6^1/_2$ ctm długą, a $1^1/_2$ ctm szeroką, poprzecznie biegnącą szparę. Badanie rentgenowskie potwierdza to samo co do rzepki. Próby bezkrwawego odprowadzenia były bezowocne, wobec czego niestety dopiero w 4 dni wykonano odprowadzenie krwawe w uśpieniu z cięcia półksiężycowatego powyżej rzepki (ze względu na przypuszczalne pęknięcie mięśnia i aby blizna nie leżała na rzepce). Zapomocą kleszczy dość łatwo odprowadzono rzepkę, ale pęknięcia w mięśniu nie znaleziono wcale, tak że może silny skurcz je tylko przez skórę naśladował. Zgojenie zupełne rany, ale chory jeszcze potem nie mógł zginać kolana. W. przypuszcza, że rzepka musiała swym brzegiem wywołać w stawie jakieś zniszczenie. Dotąd opisano 10 podobnych przypadków Wymagały one zawsze operacyi, przy której nieraz potrzeba i staw otworzyć, więc rokowanie powinno być zawsze poważne. Podobne uwięznięcie wydarza się prócz urazu także czasem u osób, cierpiących na nawykowe zwichnięcie rzepki. *K.*

Ferdynand Schultze. **Przyczynek do postępowania przy zniekształtnieniach kończyn dolnych.** (*Zeitschr. für orthop. Chir.* 1908). Sch. radzi największą część chirurgicznych zniekształtnień operować drogą krwawą, albo bezkrwawą. Ponowne łamanie (*brisement*) i wyprostowanie (*redressement*) uważa za równoznaczące i wyraża zdanie, że łamanie wogóle należy zarzucić, a zastąpić przez wyprostowanie. Dużo przesady widzi S. w leczeniu przyrządami, szczególnie występuje przeciwko samodzielnemu zastósowywaniu przyrządów przez bandażystów, którzy powinni pracować tylko według wskazówek lekarza. (Niestety w Austryi głównie bandażyści przepisują przyrządy dla leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa i innych zniekształtnień i ta ważna gałąź medycyny spoczywa niemal wyłącznie w ich rękach mimo wszelkich zarządzeń i mimo przepisu ustawy, że leczenie ma być przeprowadzane tylko przez egzaminowanych lekarzy. Izby lekarskie postępują tak, jakby nic nie wiedziały o tych stosunkach, pomimo ogromnej reklamy tych partaczy *Uwaga sprawozdawcy*). Schultze twierdzi, że »Hessing jest partaczem w dziedzinie ortopedyi, który chorym nieobliczalne szkody wyrządził«. — Następnie opisuje Sch. swoje przyrządy do wyprostowywania, których bliższe objaśnienie możliwe jest tylko przy pomocy rysunków. — Znamienny dla zapatrywań Sch. jest ostatni punkt jego pracy: »Każdą szpotawość i stopę płaską można naprawić. Bezkrwawa metoda jest tu jedyną. Krwawy zabieg niszczy budowę anatomiczną, nie zastępując jej wcale«. — Przez ulepszenie nowoczesnej techniki zupełnie zostało usunięte wskazanie dla zabiegu krwawego przy stopie końsko-szpotawej i koślawej. Według zdania Schultzego krwawy zabieg przy stopie szpotawej i koślawej jest błędem lekarskim. *Chlumsky.*

Laryngologia i otyatrya.

Nager: **Przyczynek do histologii nabytej głuchoniemoty.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 54). Przypadek głuchoniemoty po odrze. Zmiany w błędniku powstały wskutek przejścia zapalenia opon mózgowych na błędnik; ucho środkowe zmian nie okazywało. N. dodaje, że powstanie zmian w błędniku w przebiegu odry tą drogą nie jest rzeczą rzadką. Zapalenie opon mózgowych w tych przypadkach uważa N. za następstwo zapalenia płuc, jakie często w przebiegu odry się zdarza. — Drugi przypadek głuchoniemoty, opisany przez N., przedstawia głuchoniemotę nabytą wskutek ciężkiego obrażenia głowy. Jako przyczynę głuchoniemoty podaje obrażenie głowy Bezold w 3%, Lemke w 5%, Mygind w 1,4%. Brun powiada, że po obrażeniach głowy w 14% można wykazać znaczniejsze zmiany w narządzie słuchu. *Zalewski* (Lwów).

Bloch i Hechinger: **Brak powonienia przy ropniu mózgowym w płacie skroniowym.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 76). Lucani i Seppili wykryli, że ośrodek dla zmysłu powonienia znajduje się w płacie skroniowym. Dotąd znane są dwa przypadki bezwęchu przy ropniu w płacie skroniowym. W przypadku Stokera bezwęch był po stronie ropnia, w przypadku Habermanna po stronie przeciwnej. W przypadku autorów bezwęch był po stronie ropnia. Skrzyżowanie bezwęchu w przypadku drugim objaśniają sobie autorowie uszkodzeniem torebki wewnętrznej. We wszystkich przypadkach węch wracał w miarę ustępowania zmian w mózgu. Badanie węchu może czasami przyczynić się do rozpoznania ropnia mózgu w płacie skroniowym. *Zalewski* (Lwów).

Alexander: **Wydalenie ciała obcego z ucha za pomocą elektromagnesu.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 54). Za pomocą narzędzi nie można było wyjąć kuli z ucha zewnętrznego lewego u chłopca 4-letniego. W uśpieniu udało się z łatwością kulę wyjąć za pomocą elektromagnesu; A. radzi w odpowiednich przypadkach i tego sposobu nie zaniedbać. *Zalewski* (Lwów).

Ruppert: **Sprawozdanie o operacyach doszczętnych, dokonanych w klinice usznej w Monachium.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom. 54). W ciągu roku 1892—1901 leczono 1450 przypadków z powodu przewlekłego ropienia ucha środkowego; śmiercią skończyło się 1,52% przypadków. Operacyę doszczętną wykonano w 65 przypadkach, t. j. w 4,48%. Z operowanych zmarło 13, t. j. 20%. Na 15 operowanych, u których badano słuch, u 7 nastąpiła poprawa słuchu, u 2 pogorszenie. Na 530 przypadków ostrego ropienia ucha środkowego, zmarło 10, t. j. 1,9%. *Zalewski* (Lwów).

Zeidler: **Rak ucha środkowego w świetle nowoczesnych badań.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom. 77). Przypadków raka ucha znajdujemy w piśmiennictwie mało. L. podaje dwa przypadki raka ucha środkowego, dotyczące kobiet 46-letnich i jeden przypadek, dotyczący mężczyzny 19-letniego. We wszystkich przypadkach za przyczynę trzeba uważać długotrwałe ropienie. We wszystkich trzech przypadkach było bardzo znaczne zniszczenie przyległych kości. Badanie drobnowidowe wykazało we wszystkich trzech przypadkach komórki płaskie. We wszystkich trzech przypadkach nastąpił nawrót w krótkim czasie po operacyi. *Zalewski* (Lwów).

Zemann: **Czy operacya doszczętna znosi zdolność pełnienia służby wojskowej.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom. 77). I po atykoantrotomii operowany może pełnić służbę wojskową, jeżeli ma odpowiednią bystrość słuchu, jeżeli nie ma otworu poza uchem, jeżeli nastąpiło zupełne wygojenie ropienia i jeżeli rana pooperacyjna zewsząd otoczona jest kością. *Zalewski* (Lwów).

Halász: **Szmer wewnątrzuszny słyszalny nazewnątrz.** (*Monatschrift f. Ohrenh.* Tom 42 Nr 8). Chora 35-letnia skarżyła się na uciążliwy szmer w uchu, do którego co pewien czas przyłączał się też ton. Szmer ten i ton, który pojawiał się co 4—5 minut, można było słyszeć za pomocą słuchawki. Po zaciśnięciu tętnicy skroniowej powierzchownej, która była znacznie rozszerzona, szmer znikł. H. zaproponował podwiązanie tętnicy, lecz chora nie zgodziła się na to. — Podwiązanie tętnicy w podobnych przypadkach nie prowadzi często do celu, gdyż szum po pewnym czasie wraca. *Zalewski* (Lwów).

Mayer: **Badania drobnowidowe zmian w narządzie słuchu przy kile wrodzonej.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 77). Badań anatomiczno-patologicznych zmian kiłowych w narządzie słuchu prawie nie posiadamy. M. zbadał drobnowidowo 11 przy-

padków w wieku od 10 minut do 17 miesięcy, W 9 przypadkach znalazł ropienie w uchu środkowem, przytem w jednym był przedziurawiony bębenek. Ta ilość zapaleń ucha środkowego nie przedstawia nic nadzwyczajnego, wiemy bowiem, że u osesków na sekcyi znajdujemy w 90% podobne zapalenie. Ropienie ucha środkowego w żadnym przypadku nie przeszło na błędnik, co nie zgadza się ze zdaniem Hopmana, że u dzieci kiłowych często ropienie ucha środkowego przechodzi na błędnik. W dwóch przypadkach znalazł M. wynaczynienie na błonie śluzowej jamy bębenkowej; dotyczyło to dziecka, zmarłego zaraz po urodzeniu i dziecka 3-dniowego. M. zmianom tym nie przypisuje żadnego znaczenia i uważa je za skutek zaburzeń w krążeniu: w obydwóch przypadkach stwierdzono niedodmę płuc.

Największe zmiany znalazł M. w przewodzie usznym wewnętrznym; tylko w jednym przypadku zmian żadnych nie wykrył; w reszcie przypadków stwierdził mniejszego lub większego stopnia sprawy zapalne na oponach mózgowych i w nerwie słuchowym, szczególnie w gałęzi ślimakowej tego nerwu. W dwóch wyżej wspomnianych przypadkach były też wynaczynienia w przewodzie wewnętrznym.

Zmiany zapalne w błędniku stwierdził M. w 6 przypadkach, w niektórych przypadkach prócz tego zanik narządu Cortiego. W błędniku zmiany były zawsze w części podstawowej znaczniejsze, niż w końcu. Także i komórki zwojowe w tej części okazywały większe zmiany. Zmiany w błędniku powstały wskutek przejścia zapalenia wzdłuż nerwu na błędnik.

Badania te nie zgadzają się z badaniami Baratoux, który znalazł wynaczynienia w błędniku, powstanie ich tłómaczył zmianami w naczyniach. Baratoux przeprowadzał swe badania na nieżywo urodzonych lub zaraz po urodzeniu zmarłych, z tego powodu przyczyna tych wynaczynień może być taka, jak w dwóch wyżej wspomnianych przypadkach.

Zmiany, jakie stwierdził M., mogą być niewątpliwie przyczyną nabytej głuchoniemoty. *Zalewski* (Lwów).

Rhese: **Stosunek między bystrością słuchu dla mowy i dla strojników i znaczenie jego dla wykrycia udawania i przesadzania.** (*Monatschrift f. Ohrenh.* 1908 Nr 9). Między bystrością słuchu dla mowy i dla strojników zachodzi dość ścisły stosunek, tem ściślejszy, im słuch wogóle jest gorszy tak, że na podstawie krzywej, otrzymanej przy badaniu strojnikami, można do pewnego stopnia sądzić o bystrości słuchu dla mowy. Przy histeryi, neurastenii i innych tym podobnych cierpieniach zachodzi bardzo często niestosunek między bystrością słuchu dla mowy, a bystrością dla strojników: słuch dla mowy jest lepszy, niżby można sądzić po wyniku badania strojnikami. Na podstawie licznych swoich badań dochodzi R. do wniosku, że dla rozumienia mowy ważną jest rzeczą dobry słuch dla drugiej, czwartej i piątej oktawy, co odpowiada faktowi, że tony właściwe samogłoskom odpowiadają przeważnie drugiej oktawie, a tony właściwe spółgłoskom — czwartej i piątej. Badanie narządu słuchu zapomocą strojników może się przyczynić do wykrycia udawania lub przesadzania: jeżeli przy kilkakrotnem badaniu otrzymamy obraz podobny, to będziemy mieli pewność, że badany mówi prawdę, w przeciwnym razie podejrzywać będziemy udawanie lub przesadzanie. *Zalewski* (Lwów).

Hegener: **Statystyka przypadków ropienia narządu słuchu i powikłań tegoż,** leczonych w klinice usznej w Heidelbergu w 1897—1906 r. (*Zeitschrift. f. Ohrenh.* Tom 56). Spostrzegano w ciągu tego czasu 10.187 przypadków ropienia narządu słuchu, co stanowi 43% wszystkich przypadków chorób usznych; z tego na ropienie ostre wypada 45%, na przewlekłe 55%. Do operacyi przyszło w ostrych przypadkach w 10%, w przewlekłych w 13%. Prócz tego w kilkudziesięciu przypadkach wyjęto młoteczek i kowadełko. Razem w 12% przypadków musiano wykonać większy lub mniejszy zabieg chirurgiczny. Co do częstości ropienia, to stosunkowo i bezwzględnie zdarza się ono najczęściej w pierwszem, a następnie w drugiem i trzeciem dziesięcioleciu życia, później dość raptownie się zmniejsza. Mężczyźni wykazują znacznie większy odsetek zachorowań, niż kobiety: w pierwszym dziesiątku lat ilość zachorowań jest u mężczyzn i u kobiet jednakowa, później ilość zachorowań u mężczyzn tak się zwiększa, że nieraz w ostrych przypadkach jest 2—3 razy większa, niż u kobiet. W ostrych przypadkach w 0,7% operowanych, przypadków, a w przewlekłych w 7,8% było ropienie błędnika. Ropienia w błędniku stanowiły 0,6% wszystkich przypadków ropienia ucha środkowego. W 1,2% przypadków ropienia narządu słuchu stwierdzono ropień zewnątrzoponowy. W przypadkach operowanych ostrych w 21% stwierdzono ropień zewnątrzoponowy, w przewlekłych — w 4,7%. Zakrzep zatoki poprzecznej stwierdzono w 48 przypadkach, z tego 28 przypadków wyleczono operacyjnie, co stanowi 58%. Powikłania ropienia ucha środkowego ze strony zatoki poprzecznej zdarzają się częściej po stronie prawej, niż lewej; w ostrych przypadkach zatoka po stronie prawej jest o 50% częściej zajęta, niż po stronie lewej. Ropni mózgowych rozpoznanych i nierozpoznanych, było 24 przypadków, co stanowi 0,2% wszystkich przypadków ropienia. Wyleczono operacyjnie 5 przypadków, co stanowi 21%. Śmierć nastąpiła z powodu ropienia narządu słuchu w 0,6% przypadków. Barker na podstawie statystyk z roku 1877—1886 obliczył, że w 2,5% przypadków ropienia narządu słuchu następuje śmierć. *Zalewski* (Lwów).

Zalewski: **W sprawie postępowania pooperacyjnego po atyko antrotomii.** (*Nowiny lekarskie* 1908). Sprawozdanie o trzech przypadkach, leczonych sposobem opisanym w »Przeglądzie lekarskim« 1901 r. W przypadkach tych leczono ranę pooperacyjną, jak rany po wydłutowaniu innych kości. Przy postępowaniu tem celem leczenia jest, by jama pooperacyjna wypełniła się ziarniną, a nie, by ją utrzymać w pierwotnej wielkości (*Streszczenie własne*).

Położnictwo i ginekologia.

E. Ehrendorfer: **W sprawie urazowego pęknięcia macicy w końcowym okresie ciąży z wystąpieniem całego jaja do jamy brzusznej.** (*Arch. f. Gyn.* tom 86, z. II). Pęknięcia macicy ciężarnej zdarzają się w następstwie zmian samej ściany macicy (blizny, nowotwory i in.), lub w sposób gwałtowny, np. wskutek urazu zewnętrznego lub przy sztucznem wywołaniu poronienia, wskutek upadku z pewnej wysokości (z drabiny, stołka, tramwaju, na ślizgawce), i to niekoniecznie na brzuch, ale i na grzbiet, ale nawet na nogi. Pęknięciu macicy towarzyszy zwykle częściowe lub zupełne wystąpienie jaja do jamy brzusznej. Zdumiewa przytem wielka liczba przypadków, wyleczonych po operacyach, wykonanych nawet w miesiące po pęknięciu. Przypadek autora dotyczył ciężarnej z końcem 8 m., u której wskutek upadku pękła macica i cały płód wypadł do jamy brzusznej; już w 3 tygodnie później, bez wezwania pomocy lekarskiej, kobieta ta oddawała się zwykłym zajęciom, w 3 miesiące później wystąpiła miesiączka i stan ogólny był dobry. Do lekarza udała się ta kobieta tylko dlatego, że mimo kresu ciąży poród nie występował, a brzuch się zmniejszał. Operacyę wykonano w 4 miesiące później, przyczem wyjęto dobrze zachowany, nie zmacerowany płód i łożysko. Brzeg łożyska był na małej przestrzeni wgojony w pierwotną ranę macicy, tak że miejsce to było przez nie zupełnie przykryte. Tem właśnie i dobrymi skurczami macicy po wystąpieniu płodu — należy sobie wytłómaczyć, że odchody poporodowe nie dostały się do jamy brzusznej i nie wywołały zakażenia. *Dr E. Ehrenpreis.*

Dr Fr. Lehmann. **O cięciu łonowem** (*symphyseotomia*) **w ciąży.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 86, z. II.) Spostrzeżenie, że po cięciach łonowych pozostało stałe rozszerzenie miednicy, tak, że następne porody przechodziły bez pomocy, naprowadziło na myśl wykonywania tej operacyi jeszcze w ciąży, celem osiągnięcia lepszych wyników gojenia się rany przez wykonanie operacyi przed wystąpieniem porodu. W tej myśli wykonał Frank w roku 1899 pierwszy cięcie łonowe z końcem ciąży: 10 dni później odbył się poród, który jednak zawiódł oczekiwania. Po tej próbie na długo zarzucono to postępowanie, aż dopiero w r. 1907 Gauss je wznowił. Tym razem wynik był dobry. Autor podaje trzecie, własne spostrzeżenie; w 27 dni po rozcięciu spojenia ukończono poród kleszczami i osiągnięto żywe dziecko. We wszystkich 3 przypadkach chodziło o miednicę ogólnie ścieśnioną z wymiarem prostym prawdziwym (*diag. vera*) $7\frac{1}{2}$—$7\frac{3}{4}$; spojenia łonowego nie zeszywano, nie zakładano również pasa miednicowego po operacyi, — a tylko związywano kończyny. We wszystkich 3 przypadkach wystąpiły zaraz po operacyi bole, które jednak po podaniu makowca ustały. W przypadku Franka i Gaussa było spojenie łonowe w czasie porodu jeszcze otwarte, w przypadku autora natomiast prawie nieruchome; przestrzeń między obu połowami spojenia, wynosząca 1 cm, wypełniona była tak silną blizną, że 12 godzin trwające bole porodowe i ostatecznie kleszcze zaledwie ją trochę rozluźniły. Nadzieja więc, że po cięciu łonowem, wykonanem w ciąży, uzyska się przy porodzie bliznę luźną, rozciągliwą, jest co najmniej wątpliwa, — bo otwarte jeszcze spojenie w przypadku Gaussa należy odnieść do złego przebiegu gojenia się rany, było więc raczej przypadkowe. Ażeby wymiar prosty miednicy powiększył się o 1—$1\frac{1}{2}$ cm, musiałaby blizna między kośćmi łonowemi wynosić co najmniej 3 cm, albo

być bardzo rozciągliwa; radyogramy i powyższe przypadki wykazują natomiast, że ani jedno ani drugie nie zachodzi. Jeżeli następne porody po cięciach łonowych mimo to jednak odbywają się łatwiej — (co, zdaniem autora. jest zresztą wątpliwe) — to należy to odnieść do pewnej rozciągliwości stawów krzyżowo-biodrowych — której one nabywają po cięciach łonowych; ich powierzchnie stawowe oddalają się od siebie, kość krzyżowa cofa się w tył, a wskutek tego obniża się przednia połowa miednicy, jak przy położeniu Walchera, wywołując przedłużenie wymiaru prostego. Autor sądzi, że technika wykonywania cięcia łonowego w ciąży powinna uledz pewnym zmianom, zmierzającym do otrzymania szerszej blizny pooperacyjnej; może to się da osiągnąć przez ułożenie operowanej z kończynami skręconemi bardziej na zewnątrz. *E. Ehrenpreis.*

F. Lichtenstein: **Krytyczne i doświadczalne badania nad toksykologią łożyska, zarazem przyczynek przeciw łożyskowej teoryi rzucawki** (*eclampsia*). (*Arch. f. Gyn.* t. 86, z. II.). Naprzód omawia L. krytycznie teorye o łożyskowem pochodzeniu rzucawki. Cztery są przypuszczenia: według Veita powstaje rzucawka wskutek przeładowania krwi ciężarnych nierozpuszczonymi elementami łożyska; według Askolego wskutek zbyt obficie rozwiniętych syncytyolizyn (substancye zawarte w surowicy krwi zwierząt, którym przez dłuższy czas wstrzykiwano miazgę łożyskową innych zwierząt w fizyol. rozczynie soli kuch.); według Weichardta wskutek zatrucia syncytyotoksyną nie zobojętnioną, a uwalniającą się przy rozpuszczeniu komórek łożyskowych (*syncytiolysis*); wreszcie według Liepmanna wywołuje rzucawkę jakaś trucizna białkowa, wytwarzana przez kosmki, lub przez same nabłonki kosmkowe. Celem przekonania się, czy teorye o łożyskowem pochodzeniu rzucawki mają wogóle racyę bytu i czy elementy łożyskowe stanowią dla ustroju matki specyalną truciznę, przeprowadził autor cały szereg doświadczeń na zwierzętach, używając jedynie łożysk ludzkich z porodów prawidłowych i z przypadków rzucawki. Łożyska te, roztarte przez coraz gęstsze sita w fizyol. rozczynie soli, wstrzykiwał L. królikom do żyły usznej. Doświadczenia te dowiodły wyraźnie, że śmierć, względnie utrzymanie zwierzęcia przy życiu i czas, w którym śmierć następuje, zależą jedynie od stopnia zgęszczenia i ilości wstrzykniętych elementów łożyskowych. Im wstrzyknięta miazga była grubsza, mniej dobrze przetarta, tem szybciej występowała śmierć zwierzęcia, im zaś miazga ta była delikatniejsza, lepiej przetarta przez gęste sita, a elementy łożyskowe mniej liczne, tem łatwiej utrzymać było można zwierzę przy życiu. Sekcye wykazały istotnie, że śmierć występowała głównie wskutek zatoru naczyń (płucnych) wstrzykniętymi elementami, wskutek więc przyczyny mechanicznej. Że istotnie odgrywał tu rolę tylko wpływ mechaniczny, a nie jakieś zatrucie, dowiodły następne doświadczenia, w których przez wśródżylne wstrzyknięcie substancyi nieorganicznych zdołano u królików wywołać te same objawy kliniczne i zmiany anatomiczno-patologiczne, jak przez wstrzyknięcie miazgi organicznej z kosmków łożyskowych. Doświadczenia te obalają stanowczo wszystkie teorye, tłómaczące śmierć zwierząt po wstrzyknięciu miazgi łożyskowej działaniem jakiejś trucizny komórkowej, zawartej w elementach łożyskowych. Veit tłómaczy występowanie rzucawki o ten sposób: w ciąży dostają się komórki łożyskowe do krwi matki; białko tych komórek jest trucizną dla jej ustroju (cytotoksyna), a celem jej zobojętnienia i zniszczenia wytwarza ustrój antytoksynę t. zw. syncytyolizynę. Zależnie od tego, czy ta syncytyolizyna wytworzy się w dostatecznej ilości, czy nie, matka pozostanie zdrowa, lub też ulegnie zatruciu, którego wyraźnym, pierwszym objawem jest białkomocz, występujący w następstwie uszkodzenia nerki. W celu zupełnego wyjaśnienia tej sprawy podjął autor dalszy szereg doświadczeń i wykazał, że białkomocz występuje u królików po śródotrzewnem czy śródżylnem zastosowaniu każdej substancyi, zawierajacej białko (białka kurzego, gotowanego mleka krowiego i in.). W ten więc sposób należy też wytłómaczyć białkomocz po wstrzyknięciu miazgi łożyskowej, tem bardziej, że wystąpił on także po zastosowaniu sączonego fizyol. rozczynu soli kuchennej, w którym wymyto przetarte miazgi łożyskowe, w którym więc komórek zupełnie nie było. Nadto przekonał się autor, że białkomocz po wstrzyknięciu soku z wyciśniętego łożyska nie był znaczniejszy, niż po wstrzyknięciu płynów białkowatych, nie zawierających elementów komórkowych, a tylko małą ilość białka, i że białkomocz nie zależy zupełnie od ilości wstrzykniętych komórek kosmkowych. Białkomocz nie wystąpił u królików ani razu po wstrzyknięciu substancyi nieorganicznych, nie zawierających białka. Wszystko to dowodzi, że białkomocz nie jest tu następstwem uszkodzenia nerek, lecz należy przyjąć, że wstrzyknięte białko, działając jako ciało dla ustroju obce, zostaje przez nerki w całości wydalone. Doświadczenia autora obalają w zupełności teorye o łożyskowem pochodzeniu rzucawki, o ile one — jak dotychczas — polegają na przypuszczeniach i doświadczeniach na zwierzętach. *E. Ehrenpreis.*

Doc. Dienst: **Patogeneza rzucawki** (*eclampsia*) **i jej stosunek do prawidłowej ciąży, do puchliny** (*hydrops*) **i do nerki ciężarnych.** (*Arch. für Gyn.* tom 86, zesz. II). Spostrzeżenia drgawek porodowych w przebiegu ciąży zaśniadowej bez płodu, jakoteż przy bardzo wczesnych poronieniach, obaliły przypuszczenie, jakoby trucizna, wywołująca rzucawkę, pochodziła z płodu. Dokładne badania popłodów od chorych na rzucawkę wykazały również bezpodstawność przypuszczenia, że źródłem rzucawki jest łożysko, tak, że jako jedyne miejsce wytwarzania trucizny, wywołującej drgawki porodowe, należało przyjąć ustrój matki. Na podstawie dokładnych badań krwi i moczu w przebiegu rzucawki, wyników badań anatomiczno-patologicznych i doświadczeń na zwierzętach, doszedł autor do przekonania, że przyczyną drgawek porodowych musi być jakaś trucizna białkowa, najprawdopodobniej ferment włóknikowy i istota włóknikorodna (fibrynogen). Badania krwi u ciężarnych wykazały, że ilość leukocytów, szczególnie u pierwiastek, wzrasta i przy porodzie dochodzi do najwyższych ilości (20—25.000), a od 3. dnia połogu opada do poziomu prawidłowego, wzrastając znowu nieco w okresie przypływu pokarmu; wzrost ten dotyczy, w przeciwieństwie do krwi prawidłowej, leukocytów jedno- i dwujądrzastych. W przebiegu rzucawki ilości leukocytów są jeszcze większe, dochodząc przy porodzie do 40—50.000; największe ilości spotykano w przypadkach rzucawki, kończącej się śmiercią lub bardzo ciężkiej. W przeciwieństwie do ciąży prawidłowej przeważają tu leukocyty wielojądrzaste. Wysokie ilości leukocytów już we wczesnym okresie ciąży zauważono wreszcie w przypadku ogólnej puchliny z białkomoczem i bez niego. Zdaniem autora pozostaje hyperleukocytoza ciążowa w związku z rozwojem płodu; leukocyty gromadzące się w matczynej części łożyska doprowadzają płodowi odpowiednie ilości pokarmu — pewnego rodzaju hyperleukocytoza trawienna, odbywająca się w macicy, a polegająca na ciągłem zużyciu i rozpadzie starych, a przypływie nowych leukocytów. To też podobnie, jak krew żyły wrotnej zawiera w czesie trawienia wskutek rozpadu leukocytów dużo fibrynogenu, tak też i krew żył macicznych stale obfituje w istotę włóknikorodną. Ze względu na znaczniejszą hyperleukocytozę we krwi ciężarnych, dotkniętych rzucawką, musimy przyjąć, że tu rozpad leukocytów jest wprost nadzwyczajny, a nadto sądząc także z obrazu mikroskopowego, który wykazuje przewagę leukocytów wielojądrzastych, przeważnie zwyrodniałych, przyjąć należy, że i odpływ ich jest utrudniony. Przyczyną takiego utrudnionego odpływu są zdaniem autora zastoiny, wytwarzające się u kobiet, dotkniętych rzucawką, wśród pewnych warunków wskutek ucisku macicy ciężarnej na naczynia odprowadzające miednicy i podbrzusza. Stan ten szczególnie łatwo powstanie u pierwiastek i w ciąży mnogiej, gdzie wskutek dobrze napiętych powłok brzusznych ucisk macicy na żyłę główną dolną jest tem większy. Jeżeli dodamy, że przypływ leukocytów w ciąży mnogiej szczególnie jest wielki, zrozumiemy, dlaczego rzucawka najczęściej występuje właśnie u pierwiastek i w przebiegu ciąży bliźniaczej. — Wskutek bardzo silnych bolów porodowych i po porodzie lub po zniknięciu przeszkody z innej przyczyny, — dostają się leukocyty względnie wytwory ich rozpadu (fibrynogen), nagromadzone w macicy wskutek utrudnionego odpływu, mniej lub więcej nagle, ale zawsze w wielkiej ilości do obiegu krwi, wywołując te ciężkie zmiany, które szczegółowo pierwszy opisał Schmorl, a które polegają na zwyrodnieniu, a nadto wskutek śródnaczyniowego tworzenia się zakrzepów, na obumarciu narządów miąższowych (wątroba, nerki). Do powstania zakrzepów potrzebny jest oprócz fibrynogenu ferment włóknikowy, a nadto jako czynniki wspomagające, zwolnienie prądu krwi i uszkodzenie ściany naczyniowej. Jeżeli więc w ciąży prawidłowej mimo leukocytozy i rozpadu ciałek białych, — przyczem również uwalniają się obie istoty wytwarzające skrzepy, — ustrój nie ponosi żadnej szkody, to musimy przyjąć, że tu z jednej strony zdrowa wątroba, a z drugiej nietknięty śródbłonek naczyniowy i prawidłowy prąd krwi zabezpieczają zdrowie ciężarnych. Sądząc zaś z obrzęków u dotkniętych rzucawką i z badań mikroskopowych musimy natomiast przyjąć, że tu śródbłonek naczyniowy bardzo już ucierpiał, a także krążenie krwi wiele zostawia do życzenia, są więc czynniki, ułatwiające powstanie zakrzepów. Ponieważ jednak obu tych czynników czasem niema, należy je uważać tylko za czynniki usposabiające, a jako stały czynnik wywołujący te wielokrotne zakrzepy w przebiegu rzucawki musimy uważać istotę włóknikorodną i ferment włókni-

kowy. Istotnie, skoro zważymy, że przy rzucawce często 3 razy tyle jest leukocytów, jak w ciąży prawidłowej, zrozumiemy, że wobec rozpadu leukocytów i częściowego zatrzymania wytworów ich rozpadu, — obie istoty wytwarzające skrzepy znajdują się u dotkniętych rzucawką w znacznie zwiększonej ilości. Właściwą trucizną wywołującą kliniczny i anatomiczno-patologiczny obraz drgawek porodowych jest, zdaniem autora, ferment włóknikowy, fibrynogen zaś stanowi czynnik usposabiający. Liczne doświadczenia na zwierzętach wykazały, że fibrynogen wywołuje zmiany w śródbłonku naczyniowym, wskutek czego wytwarzają się przesięki najprzód bez białkomoczu, a później wskutek uszkodzenia także śródbłonka nerkowego pojawia się białkomocz, co poprzedza tak często wystąpienie rzucawki. Doświadczenia te wykazały nadto, że fibrynogen wywołuje również ciężkie zmiany w wątrobie, która w stanie zdrowym odgrywa tak ważną rolę w zobojętnianiu trucizn, w szczególności globulin, wytworzonych w ustroju. Niemałą rolę przy powstaniu rzucawki odgrywa, zdaniem autora, nagłe dostanie się fermentu włóknikowego do obiegu krwi, jak to się odbywać może przy porodzie, kiedy ferment ten, nagromadzony w wielkiej ilości w naczyniach macicy, wskutek silnych jej skurczów zostaje wprost z niej wyciśnięty; taksamo nagle dostawać się może ferment do ogólnego obiegu krwi i po porodzie wskutek zniknięcia ucisku macicy na naczynia. Drgawki, jako takie, są objawem podrażnienia mózgu wskutek zakrzepów choćby drobnych naczyń mózgowych; pewną rolę odgrywają tu może czynniki toksyczne, wytwarzające się wskutek zmian w wątrobie i nerkach; wiadomo w końcu, że mózg ciężarnych szczególnie jest wrażliwy nawet na najlżejsze podrażnienia. Przejście fermentu włóknikowego, łatwo dyfundującego nawet przez zdrowe łożysko, do krwi płodu, może i u płodu wywołać rzucawkę typową tak pod względem klinicznym jak i anatomiczno-patologicznym. Na podstawie powyższych wywodów radzi autor w każdym przypadku obrzęku u pierwiastek, nawet bez białkomoczu, oznaczyć stopień leukocytozy i według tego zastosować dyetę nie obfitującą w sole i istoty białkowate. Rodzącą należy szybko i lekko rozwiązać, jakoteż starać się o jaknajszybsze odejście łożyska. Karmienia należy zabronić.

E. Ehrenpreis.

Al. Boissard. **O leczeniu zakażenia połogowego tak zw. ropniami fiksacyjnymi.** (*L'obstétrique*, Nr 5, 1908). Sposób ten, podany przez Fochiera w r. 1892, jako niepoparty dostatecznem uzasadnieniem naukowem, popadł wnet w zapomnienie. Jakkolwiek i dzisiaj jeszcze brak nam ściśle naukowego wytłómaczenia działania tego leczenia, jednakże wobec wielu, od tego czasu spostrzeżonych niewątpliwych dobrych wyników, nie można tego sposobu leczenia z góry potępić. Badania dotychczasowe wykazały, że ropnie otrzymane wskutek wstrzyknięcia ol. terpentynowego są zupełnie jałowe, że więc środek ten nie działa przez odciąganie ku ropniom zarazków chorobowych, jak to dawniej sądzono, a treść ropni, wstrzyknięta zwierzętom, nie wywołuje objawów zatrucia, czego należało się spodziewać. Stwierdzono jedynie, że wstrzyknięcie terpentyny zwiększa leukocytozę, dostarcza przeto ustrojowi środków obronnych, zwiększa jego odporność. Dalej jest faktem, że pojawienie się ropnia po wstrzyknięciu jest zwiastunem pomyślnego obrotu choroby, jego niepojawienie się zaś każe źle rokować. Jakkolwiek więc niema dotąd ściśle naukowego wytłómaczenia objawu neutralizacyi wstrzyknięcia, to jednak działanie lecznicze zdaje się nie ulegać wątpliwości. Również niema, jak dotąd, ścisłych wskazań leczniczych do stosowania sposobu Fochiera. Dotąd był on stosowany przeważnie tylko w przypadkach bardzo ciężkiego zakażenia, kiedy wszystkie inne sposoby leczenia zawiodły. Autor uważa go więc w każdym razie za wskazany przy postaciach ciężkich, przez które rozumie przypadki, gdzie przy powtarzających się dreszczach, wczesnej wysokiej gorączce, tętnie szybkiem i wczesnem pojawieniu się objawów zakażenia inne obecnie stosowane metody leczenia okazują się bezskuteczne. Jeżeli mimo ewentualnego oczyszczenia macicy z resztek jaja płodowego, ciepłota jest wysoka, a tętno ponad 120, względnie ciepłota okazuje duże wahania, to jest to objawem ciężkiego zakażenia, skoro więc inne środki leczenia będą bezskuteczne, nie należy długo przy nich się upierać i trzeba zastosować metodę Fochiera, która im wcześniej zastosowana, tem lepsze i pewniejsze może dawać wyniki. Metody tej, zdaniem autora, nigdy nie robi się »za wcześnie, a można żałować, że się ją zrobiło za późno«. Sama technika wstrzyknięcia jest prosta, należy je jednak robić czysto, wstrzykiwać najlepiej w przednio-zewnętrzną część uda i to podskórnie. Wstrzykuje się najmniej 3 cm³, lepiej 4—5 cm³ i to jednorazowo. Wstrzyknięcie nie wywołuje objawów ogólnego odczynu (jak surowica, elektralgol.) — jedynym odczynem jest ból w miejscu wstrzyknięcia, czasem przykry, co jednak nie może być przeciwwskazaniem wstrzyknięcia. Można zresztą ból złagodzić narkotykami (chloral, makowiec) i gorącymi okładami. Już drugiego dnia skóra w miejscu wstrzyknięcia różowieje, brzęknie, staje się ciastowatą, co zapowiada, że ropień się wytworzy. Około 6—7 dnia ropień jest wytworzony, rzadko jednak daje objawy szczerego chełbotania. W tym czasie można go przeciąć, co sprawia chorej ogromną ulgę. Na 13 przypadków, których historye choroby i tablicę gorączki autor podaje, zostało uleczonych tym sposobem przypadków 7, jest to więc wynik bardzo dobry, zwłaszcza, jeżeli się uwzględni, że we wszystkich chodziło o zakażenie bardzo ciężkie, przytem w niektórych wstrzyknięcia dokonano właściwie już za późno. Autor podaje również wyniki badania krwi, ropy z ropni fiksacyjnych i wstrzyknięć tejże u zwierząt. Wreszcie wysnuwa wniosek, że przy ciężkich zakażeniach połogowych nie powinno się zapominać o sposobie Fochiera, a jeżeli to wskazanie już się wyłoni, skutek tego sposobu może być tem lepszy, im się go wcześniej zastosuje. *Dr Stanisław Przybylski.*

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Mentol przeciw czerwonce poleca Marini w następującej postaci: *Decoctum rad. Ipecacuanhae 4:200, Mentholi 0,20 Trae cinammoni Mixtur gummae aa 30,00.* Co godz. łyżkę stołową. Wymiotnica w ten sposób podana nie wywoływa nigdy nudności ani wymiotów, a tłómaczy to autor działaniem mentolu (*Jour. des Praticiens*, 10 maja 1908). *Stahr.*

Valisan jestto połączenie bromu z bornywalem; zawiera 25.2 % bromu, 48.3% borneolu i 26.5% kw. izokozłkowego. (Bornyval jestto połączenie borneolu z kw. izokozłkowym). Przetwór ten wypróbował Maeder na oddziale wewnętrznym szpitala w Charlottenburgu i poleca go jako lek uspokajający (*sedativum*). (*Ther. Monatsh.* 10. 08). Valisan ma zapach i smak przyjemniejszy od bornyvalu i innych przetworów kozłka. Znajduje się w handlu w kapsułkach żelatynowych o zawartości 0,25 gr. *St.*

Zatrucie aspiryną spostrzegał po podaniu 1 grama aspiryny Melchior w postaci: wysypki, obrzęku powiek, obrzęku głośni, sinicy, podniesienia ciepłoty do 39° i białkomoczu. Objawy te wystąpiły w $^1/_2$ godziny po zażyciu i trwały kilka godzin. Inne przetwory salicylu znosił chory bardzo dobrze. (*Th. d. G.* Nr 8, 1908). *A.*

Camphosan (połączenie kwasu kamforowego z santalolem) polecają w kapsułkach po 0,3 jako środek zapobiegający zakażeniu przy czystem cewnikowaniu i zakładaniu cewnika na stałe, a także przy wiewiórze. (*Deut. med. Ztg.* Nr 76). *A.*

W leczeniu ostrego gośćca stawowego a także lżejszych postaci jego przewlekłych poleca Minkowski *diplosal* (salicylowy ester kwasu salicylowego). Ustrój znosi diplosal bardzo dobrze mimo podawania tygodniami po 5—6 grm. dziennie. *A.*

Przetwory chromu wywołują u robotników w fabrykach tych przetworów po dostaniu się do przeczosów skóry bolesne, rozległe, a trudno gojące się wrzody. Otóż, jak wspomina Brat, wrzody te goją się nieraz nadspodziewanie szybko w razie, jeżeli robotnik pracuje n. p. w komorach ołowianych, gdyż w takim razie tworzy się w ranie nie drażniący chromian ołowiu. Naturalnie ołowiem leczyć tych ran nie można, natomiast dobre usługi oddają zmywania wrzodów 5% dwusiarczkiem sodu, dwa razy dziennie. Nawet najcięższe owrzodzenia goją się przytem rychło. *A.*

Fonendoskiaskop jest to przyrząd, dozwalający przy prześwietlaniu serca promieniami rentgenowskimi równocześnie serce osłuchiwać. Podał go Dr Schmincke z Rapallo. Składa się ten przyrząd z ekranu do prześwietlania, w którego środku umieszczony jest fonendoskop. Schmincke twierdzi, że przyrząd ten oddaje znakomite usługi, bo zapomocą niego można osłuchiwać miejsca, na które patrzymy równocześnie, a dalej przyrząd ten dozwala na pewne rozpoznania tam, gdzie nie jesteśmy pewni, czy dany ton jest pierwszym czy drugim lub też przy szmerach sercowych. (*Münch. med. Wochenschr.* Nr 1). *A.*

Nad potomstwem zmarłych na raka i gruźlicę przeprowadził badania Fr. v. den Velden. Według V. rak występuje prawie jedynie tylko w rodzinach, gdzie panuje także gruźlica i naodwrót, wielu potomków rakowatych umiera na gru-

źlicę. U wolnych od tych dwóch cierpień członków rodzin występują bardzo często: dna, gościec, stwardnienie tętnic. (*Th. d. Geg.* Nr 9, 1908). *A.*

O trawieniu własnych tkanek przez ustrój wygłosił na pos. T. lek. w Halle (11. XI 1908) wykład Kathe. Dotąd w nauce panuje mniemanie, że sok żołądkowy w prawidłowych warunkach nie trawi tkanek tego samego ustroju, a nawet tkanek pokrewnych danemu osobnikowi. Z badań Kathego i Prof. Wullsteina wynika, że tak nie jest. Wszywali oni do żołądka psa śledzionę i pętle jelitowe i tak makro- jak i mikroskopowo przekonali się, że żołądek trawi te tkanki, a nawet w jelicie utworzyło się przez to sztuczne połączenie z żołądkiem. Jeżeli niektóre tkanki są odporne na działanie soku żołądkowego tego samego ustroju, to jedynie dlatego, że zawierają antifermenty, zobojętniające działanie zaczynów soku żołądkowego. *A.*

W sprawie leczenia ostrego nieżytu nosa i gardła. Schmidt (*Münch. med. Woch.* Nr 52) zwraca uwagę, że ostry nieżyt nosa bywa bardzo lekceważony mimo to, że łatwo się udziela innym osobom i że prowadzić może do poważnych powikłań. Na podstawie osobistego doświadczenia poleca S. środek, obmyślony przez siebie, a nazwany »koryzol«. Jest to mieszanina formanu z olejkiem eukalyptusowym w zawiesinie. Zawiesiną tą skrapia się chustkę do nosa (w ilości 15—20 kropel) i przez trzymanie chustki przed nosem wdycha się lek. Skutek bywa bardzo dobry, nieraz udaje się rozwój nieżytu wstrzymać. Sposób użycia wygodny; można go wszędzie i poza domem zastosować. Stirnimann (tamże) również na podstawie własnego doświadczenia poleca znów przy nieżycie nosa nalać na dłoń 3—4 kropli lizoformu, silnie je rozetrzeć i potem wydobywające się pary wdychać. W ten sposób postępując co 2 godziny 4—5 razy, leczy się według S. każdy nieżyt zupełnie. Leczenie to nie jest przyjemne, a nawet nieraz bywa bolesne, ale wynik, jak podaje S., jest znakomity. *A.*

Liszaj rumieniowaty (*lupus erythematosus*) poleca Kanoky leczyć najpierw w okresie przekrwienia wewnętrznie salicylem, a zewnętrznie oliwą cynkową (*Zinc. oxyd. 60,0 Ol. oliv. 40,0*) a potem 3 razy dziennie smarowaniem nalewką jodową, przyczem wewnętrznie podaje dalej chininę z salicylem naprzemian. W uporczywych przypadkach stosuje na noc smarowanie. Rp. *Acid. salicyl. 40,0, Acid. pyrogallic. 10,0, Collod. 100,0.* (*Med. Rec.* T. 74). *A.*

Przy wiewiórowem zapaleniu stawów i najądrza poleca Löwenberg jako znakomity środek leczniczy przekrwienie. Usuwa ono rychło ból i wywołuje prędkie wessanie nacieków; w stawach wraca ruchomość. Ból usuwa przekrwienie bierne, na wessanie wpływa dodatnio przekrwienie czynne. Zajęte stawy najlepiej leczyć kombinacyjnie, tj. zastoiną, gorącem powietrzem i miesieniem. Leczenie to można wykonywać ambulatoryjnie. (*Inaug. Diss.* Monachium 1907). *A.*

Leczenie rwy kulszowej sposobem Langa (wstrzykiwania pod wielkiem ciśnieniem śródnerwowo rozczynów soli kuchennej, ewentualnie z kokainą) oddaje dobre usługi w przypadkach, gdzie cierpienie polega podług Flescha napewno na sprawie zapalnej samego nerwu, dowodem czego jest brak odruchu Achillesa po stronie chorej. (*Med. Klin.* Nr 1). *A.*

O odjęciu kończyny przy cukrzycej zgorzeli wyraża się E. Eising (Med. Record. T. 74. S. 267) w następujący sposób: Cukrzyca sama przez się nie wywołuje wystąpienia zgorzeli, ale gdy ta już wystąpi, ułatwia dalsze zakażenie. Prędzej już obwiniać należy o przyczynianie się do zgorzeli kwas oksymasłowy przy istniejącem już stwardnieniu tętnic. Amoniak jest doskonałym wskaźnikiem stopnia zatrucia kwasami. Jeżeli jego ilość w 24 godzinach wynosi więcej, niż gram, to o ile możności należy operacyi już zaniechać. Zgorzel cukrzycza różni się od starczej tem, że pierwsza jest (zapewne wskutek wpływów chemicznych) zwykle wilgotną, a druga suchą. *A.*

Bardzo łatwo zaimprowizowany stół operacyjny do operacyi położniczych i kobiecych podał Manger (*Münch. med. Wochft* Nr 51). Cały przyrząd składa się z dwóch podstaw na nogi, dwóch pasów i podpory miednicowej wspólnie z miednicką do zlewania; pakuje się go do niewielkiej torby na drogę. Na każdym stole daje się przyrząd ten łatwo założyć. *A.*

Radio-respirator Liebenthala jestto przyrząd, służący do wdychiwania emanowanego radu (w przypadkach schorzeń górnych dróg oddechowych i przy krztuścu) (wyrob pruski). *A.*

Nowe imadło, nadające się do różnego rodzaju wielkości i jakości igieł podał Richter. (*Med. Klin.* Nr 1). *K.*

Leczenie wąglika u zwierząt kreoliną oddaje podług Zürna znakomite usługi. Podawać należy tylko dawki duże i nie przerywać za wczas leczenia. Te wyniki zachęcają Z. do polecenia tego sposobu leczenia i u ludzi w razie wystąpienia ogólnych objawów. Kreolina jest znacznie mniej trująca, niż polecany wewnętrznie przy wągliku karbol (Leyden-Klemperer). Sam Z. zażył 3 grm zupełnie nierozcieńczonej kreoliny bez wszelkich następstw i sądzi, że możnaby podawać i większe dawki. Smak kreoliny jest obrzydliwy. (*M. m. W.* Nr 52). *A.*

Połowiczy wzrost olbrzymi u 6-miesięcznego dziecka przedstawił Manchot w Towarzystwie lekarskiem w Hamburgu 15. XII. 1908. Badaniem rentgenowskiem czaszki nie wykryto zmian w przysadce mózgowej. *A.*

Fabryki leków tajnych uciekają się wprost do przekupstwa. Tak n. p. »The Brit. med. Journal« (Nr 2499) opisuje fakt oburzający. Fabryka »Dr Gardness Pink Tablets« naznacza nagrody pieniężne za najkorzystniejsze dla tego przetworu świadectwo pochwalne, a nadto dołącza do każdej paczki leku kupon, który należy odesłać wraz ze świadectwem o działaniu środka, za co też rozdziela się odpowiednie premie pieniężne. W miarę nadsyłania leku mogą więc niesumienni ludzie ciągle dołączać świadectwa i mieć z tego zysk ciągły! *X.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 4 stycznia 1909 r.

Czł. Cybulski przedstawia pracę p. Weleckiego p. t.: **O wpływie adrenaliny na wydzielanie CO_2 i na czynność nerek.** Autor, po stwierdzeniu zapomocą próbnych doświadczeń, że wpływ adrenaliny na ustrój zwierzęcia ujawnia się nietylko po wprowadzeniu jej do żyły, ale także po wstrzykiwaniach podskórnych, do otrzewnej i do odbytnicy, wykonał na zwierzętach (psach, królikach i morskich świnkach) dwa szeregi doświadczeń, z których w jednym oznaczał ilość CO_2 przed i po wprowadzeniu adrenaliny, w drugim—ilość moczu i azotu przed i po wstrzyknięciach podskórnych lub otrzewnych tejże substancyi. W pierwszym szeregu po wstrzykiwaniach do żyły stale znajdował zwiększenie się ilości CO_2, po wstrzykiwaniach zaś otrzewnych zmniejszenie; w drugim szeregu stale występowała diureza: zwiększenie się ilości moczu prawie do podwójnej ilości i azotu prawie o jedną trzecią normalnej ilości. Autor przypuszcza, że, oprócz wywoływania zmian ciśnienia krwi, adrenalina w tym ostatnim przypadku wywiera wpływ także na przemianę materyi w ustroju. (Treść 4 innych przedstawionych na tem posiedzeniu prac przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 16 grudnia 1908.

Przewodniczący prezes kol.: Borzęcki. Członków obecnych 55.

1. Przystąpiono do wyboru Zarządu Tow. na rok 1909. Komitet przedwyborczy przez swego przewodniczącego kol. Bielańskiego proponuje na prezesa kol. Dobrowolskiego, zaś kol. Wachholz kol. Wachtla. Na 55 głosujących kol. Dobrowolski otrzymał głosów 41, kol. Wachtel 9, pustych kartek oddano 5; prezesem na r. 1909 wybrano kol. Dobrowolskiego.

Na wiceprezesa proponuje przewodniczący komitetu przedwyborczego kol. Mięsowicza, zaś kol. Wachholz kol. Wachtla. Na 55 głosujących kol. Mięsowicz otrzymał głosów 29, kol. Wachtel 13 — reszta głosów rozstrzelonych i puste kartki; wiceprezesem Tow. został wybrany kol. Mięsowicz na jeden rok.

Na sekretarza stałego proponuje komitet przedwyborczy kol.. Bochenka. Na 39 głosujących otrzymał kol. Bochenek głosów 21, kol. Owsiński 11, reszta rozstrzelona; wybrano kol. Bochenka sekretarzem stałym na lat 3. Sekretarzem dorocznym został wybrany kol. Morawski 24 głosami na 32 głosujących w myśl propozycyi Komitetu.

Bibliotekarzem został wybrany na 3 lata kol. Blassberg 26 głosami na 32 głosujących.

Skarbnikiem (na dwa lata, tj. do końca kadencyi) wybrano 29 głosami na 32 głosujących kol. Ackermanna.

Redaktorem »Przeglądu lekarskiego« wybrano jednomyślnie kol. Ciechanowskiego.

Do komisyi redakcyjnej zostali jednomyślnie wybrani kol. Krzyształowicz, Lewkowicz, Rutkowski, Wojciechowski. Do komisyi kontrolującej kol. Bielański i Cerchą. Delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lekarzy galicyjskich wybrani: Dr Bylicki, Dr Łuszczkiewicz, a na Walne Zgromadzenie tego Tow. kol. Ciechanowski i kol. Kostanecki, zastępcą zaś kol. Dobrowolski.

2. Kol. Ciechanowski zawiadamia Walne Zgromadzenie o połączeniu »Czasopisma lekarskiego« z »Przeglądem lekarskim«.

3. Kol. prezes dziękuje kol. Bielańskiemu jako przewodniczącemu komitetu przedwyborczego za poniesione trudy.

Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 3 listopada 1908 r.

1. Alfred Heiman przedstawił przypadek obustronnego **szumu śródusznego**, dotyczący 11-letniego chłopca, który przed rokiem nagle w szkole dostał szumu w obu uszach. Badanie wszechstronne ucha nie wykrywa żadnych wybitnych zmian, prócz bardzo lekkiego przytępienia słuchu. Przy przybliżeniu ucha osoby badającej do ucha chłopca wyraźnie daje się słyszeć równomierny szmer, współczesny z tętnem, lecz często przerywany. Szmer ten słychać stale przy obydwu uszach. Szumy tego rodzaju tzw. środuszne (entotyczne) powstają od wzmożonego rezonansu w samem uchu w zależności od przeszkód, jakie napotyka narząd, przeprowadzający dźwięki. Źródłem takich dźwięków są najczęściej naczynia krwionośne, zazwyczaj rozszerzone. Szmer podobny wywoływać także może kurcz mięśni, jak np. naprężacza bębenka *(m. tensor tympani)* lub podniebienia *(m. tensori palati mollis)*. W danym przypadku szmer ten entotyczny zależy najprawdopodobniej od żyły szyjnej, gdyż jej uciśnięcie poniekąd wpływa na zmniejszenie się szmeru.

2. Skłodowski wypowiada drugą część swego wykładu poruszając sprawę **wskazań do operacyi w kamicy nerkowej niepowikłanej.** Zaznaczywszy na wstępie, że przypadki powikłane bezmoczem lub ropieniem niepodzielnie należą od chirurgii, stara się prelegent odpowiedzieć na pytanie, czy i w przypadkach niepowikłanych, gdzie nie należy oczekiwać czy to z powodu wielkości kamienia, czy też jego siedziby, samodzielnego jego wysunięcia się, należy uciekać się do operacyi. Nasuwają się tu przedewszystkiem następujące pytania: 1. Jakie skutki dla ustroju pociąga za sobą obecność kamienia, uwięzionego w nerce?, 2. na jakie niebezpieczeństwo bezpośrednie naraża chorego operacya? 3. jakie są jej następstwa dalsze? Zdaniem prelegenta dotąd ogólnie w tym kierunku nigdy stałych wskazań podawać nie można; musi się tu ściśle indywidualizować. Konieczne jest tu ścisłe określenie wskazań specyalnych, t. j. tych warunków, w jakich celowość operacyi może być racyonalnie udowodniona. Takiemi wskazaniami mogą być: 1. ból, krwawienie z nerki, 2. objawy wskazujące na utrudnienie odpływu moczu i 3. zakażenie miedniczki. W końcu wykładu wspomina mówca o przeciwwskazaniach do operacyi, podnosi konieczność badania przed operacyą sprawności czynnościowej pozostałej nerki.

Janowski podziela pogląd prelegenta, że trudno wyrazić pewny ogólnikowy pogląd, jakie przypadki kwalifikują się do interwencyi chirurgicznej. J. opiera się tu na własnych spostrzeżeniach, które wykazują bogate źródła mogących nastąpić omyłek: 1. Co do bolu, jako objawu kamicy nerkowej, to tu może zdarzyć się, że: a) bardzo silne napady bolu w nerce, zupełnie naśladujące kolkę kamicową, występują czasem w przebiegu krwotocznego zapalenia nerek. Mówca spostrzegał to 4 razy. b) Wyjątkowe przypadki włóknistej postaci gruźlicy całego układu moczowego mogą również naśladować kamicę nerkową. c) Zwężenie tryprowe moczowodu wiedzie nieraz do nader silnych bólów w odpowiedniej nerce. d) J. widział raz przypadek cierpienia kręgosłupa, które ze względu na podobieństwo objawów do kolki nerkowej, przez długi czas leczone było jako kamica nerkowa. e) Punkty bolu międzyżebrowego mogą także łudząco przez czas dłuższy naśladować kamicę nerkową. f) J. podnosi fakt, że zdarzają się przypadki kamicy nerkowej, w których chorzy miewają b. obfite krwawienia z dróg moczowych, żadnych jednakże bolów nie doznają. Mówca spostrzegał dwa takie przypadki. 2. Co do krwi, to może jej w przypadkach niewątpliwej kamicy nerkowej przez czas dłuższy brakować. 3 i 4. Bywa też i przez czas dłuższy brak białych ciałek krwi, oraz kryształów w osadzie moczowym. 5. Występowanie bolu przy opukiwaniu nerek także sprawy nie przesądza, gdyż zdarza się w zapaleniu miedniczek każdego innego pochodzenia. 6. Rentgenografia również nieraz wieść może do mylnych wniosków. W każdym razie J. uważa za możliwe kwalifikowanie do operacyi tylko takich przypadków, w których obok stwierdzenia wszystkich okoliczności, przemawiających za kamieniem nerkowym w jednej nerce, stwierdzono napewno zapomocą cewnikowania moczowodów, że druga nerka działa prawidłowo.

Kijewski podnosi bardzo szczupłą stosunkowo ilość spostrzeżeń (nawet w piśmiennictwie zagranicznem) operacyi przy niepowikłanej kamicy nerkowej; a przytem zważyć należy, że większość tych liczb statystycznych odnosi się do czasu, gdy nie znano jeszcze cewnikowania moczowodów. Rozwiązać należy jednakże pytanie, czy rana, zadana ręką chirurga, mniejszą szkodę przynosi, niż pozostawione kamienie w nerkach. Mówca przytacza tu wynik swej pracy o gojeniu się ran nerek. Wykonał 30 doświadczeń na królikach. Oprócz zawału znacznych rozmiarów, licznych wybroczyn itp. spostrzegał K. naokoło miejsca uszkodzenia osadzanie się soli wapiennych, co oddzielało jakby murem samo uszkodzenie od części sąsiednich zdrowych. Po upływie kilku tygodni zwapnienia te zwykle ulegały wessaniu. Regeneracyi w pełnem znaczeniu tego wyrazu K. nie widywał. Wszystkie te zmiany jednakże wywołują mniejsze zniszczenie narządu, niż zbyt długo pozostające kamienie. Stąd mowca wyraża zdanie, że przy każdej kamicy nerkowej niepowikłanej chirurg może przystąpić wcześnie do nefrotomii bez obawy zaszkodzenia choremu. Mowca podnosi jeszcze, jak nieraz trudne bywa znalezienie kamienia, dlatego też zawsze przed operacyą pożądane jest zdjęcie rentgenowskie, które w wielu razach od omyłek uchronić może.

Judt mówi o wartości rozpoznawczej promieni Rentgena w kamicy nerkowej; jeśli prześwietlanie wypadło ujemnie, kamienia w znakomitej większości przypadków niema i operacyi robić nie należy. Omyłki przy opieraniu się na wynikach prześwietlenia nie przechodzą w przybliżeniu 2%. *J. L.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie Wydziału dnia 6 listopada 1908.

1. Prezes Radca Dr Chłapowski zagajając zebranie oświadcza, że do Izby lekarskiej wybrani zostali Dr Jerzykowski, Dr Pomorski i Dr Wróblewski, a jako zastępcy: Dr Krysiewicz, Dr Dembiński, Dr Krzyżagórski, Dr Alkiewicz. W rejencyi bydgoskiej nie wybrano żadnego Polaka. W sprawie ankiety o raku nie otrzymał prezes żadnej dotąd odpowiedzi, prosi o nią do 15 b. m. Dalej przedstawia próby »lenicetu«, przesłane mu przez aptekarza p. Wituskiego.

2. Sekretarz odczytuje sprawozdanie z Walnego Zebrania. Do protokółu zabiera głos Dr Karwowski i wyraża żal, że z powodu braku czasu nie mógł odczytać całego odczytu o nowoczesnej rentgenoterapii, tylko niektóre z niego ustępy.

3. Odczyt Radcy Dr Chłapowskiego: **O dysenteryi amebowej.** Przedstawiwszy zachowane w wyskoku jelita chorych na dysenteryę i to w różnych postaciach (mieszkową, dyfterytyczną czyli nekrotyczną i otrębiastą) opisuje prelegent ameby. Jest ich kilka gatunków: *Amoeba mitis* wywołuje czasami tylko lekkie nieżyty. Złośliwą jest *Amoeba coli Loesch* czyli *Endamoeba histolytica Koch* czyli *Amoeba felis Quincke.* W Niemczech Roos opisał łagodniejsze przypadki dysenteryi amebowej. Do zarażenia zdaje się być potrzebną symbioza bakteryi z amebami, zakażenie następuje przez usta albo i przez odbytnicę i ogranicza się do okrężnicy, mianowicie do pętli esowatej. Ameby trzymają się tutaj podśluzówki w okolicy owrzodzeń. Następstwem dysenteryi amebowej bywają nieraz ropnie podprzeponowe, które przebijają się czasem do płuc, czasem do wątroby. Inny jest przebieg choroby w Egipcie, inny w Mandżuryi, inny w koloniach niemieckich w Afryce. Śmiertelność w Afryce wynosi 30%, u nas 15%. Kraus uważa chorobę tę za mniej groźną od choroby tęgoryjcowej (*Anchylostomiasis*), która i u nas w Galicyi w górniczych okolicach się zdarza. By się uchronić od zakażenia amebami, nie starczy filtrowanie, trzeba wodę gotować. Na tej podstawie tłómaczy prelegent rozpowszechnienie picia herbaty w Chinach, kawy w Afryce. Leczenie dysenteryi polega na podawaniu środków czyszczących: małe dawki kalomelu (0,05) i olej rącznikowy po 5 gr. przez 5 dni. W Afryce stosują wymiotnicę *(ipecacuanha)*, którą obecnie Merck wyrabia bez eme-

tyny. Dalej podaje się wody mineralne, Rakoczy z czerwonem winem, kefir, herbatę etc.

Prelegent stosował glinkę (*bolus armenica*), i to u 33-letniego urzędnika z Mandżuryi, który przez cztery lata cierpiał na tę chorobę. Chory był jeszcze dość silny, ale blady, miewał częste wypróżnienia, nieraz nawet wystarczał ruch na schodach do wystąpienia surowiczego stolca. Przytem bezsenność, bole głowy, skóra żółtawa, krew różowa, Talquist 50. Bolesność uciskowa w okolicy pętli esowatej i kiszki ślepej. W moczu nieco urobiliny. Prelegent stosował u tego chorego codzień ogórki, 2 razy po 100 gr. wody Rakoczego, przemywania tanniną, kalomel 0,05 z salolem. Wreszcie na polecenie Dr Modrakowskiego używał glinki aż do 200 gr. Po 6 tygodniach chory znacznie silniejszy, z uczuciem wyzdrowienia opuszczał Kissingen, choć jeszcze w kale były pełzaki. Prelegent wielką wagę przypisuje glince, którejby się teraz nie wahał użyć w podobnych przypadkach. U dzikich istnieje takie połykanie glinki w chorobie tęgoryjcowej, zwane »maladie de terre«.

W dyskusyi Dr Łazarewicz dziękuje prelegentowi za opisanie tak rzadkiego przypadku. Dr Mieczkowski zapytuje się, czy przy sekcyi można rozpoznać chorobę przy oglądaniu jelit gołem okiem (co prelegent potwierdza). W ostrych przypadkach można zastosować rękoczyn, mający na celu niedopuszczenie kału do chorego miejsca. Stosowano w pewnej liczbie przypadków z korzyścią otworzenie jelita, dalej przetokę kałową, wreszcie zupełny odbyt sztuczny. M. pamięta przypadek ciężkiego zapalenia kiszki (*proctitis phlegmonosa*), gdzie rękoczyn taki bardzo dobry miał wynik. M. podnosi także zalety mentolu, który doskonale odkaża kiszki. Można go podawać w ilości do 6 gramów. Dr Łazarewicz sądzi, że glinka działa nietylko mechanicznie, ale odkażająco, przytem wyściela ściany jelita i chroni je od drażnienia. Co do wewnętrznych środków przeciwgnilnych, to Ł. obawia się, że mogą one więcej choremu niż amebom zaszkodzić. Dr Święcicki stwierdza, że w Berlinie, gdzie poprzednio badano chorego, nie znaleziono pełzaków i rozpoznano sprawę poczerwonkową. Sądzi, że lepiej, niż operować, jest rozciągnąć zwieracz odbytnicy, żeby kał mógł swobodnie odchodzić. Chory powinien sam badać odczyn kału: odczyn alkaliczny wskazuje, że dalsze leczenie jest konieczne. Próba Talquista jest niepewna; u jednej i tej samej chorej dawała nierówne wyniki. Dr F. Zakrzewski zwraca uwagę na zjawisko, że gdy już jedna forma dysenteryi, np. lasecznikowa istnieje, natenczas łatwo przyłączają się ameby. Glina podobnie jak bizmut osłania zapewne ściany jelit. — Dr Mieczkowski: Gdzie już jest ropień, tam nie warto podejmować zabiegów. Leki lepiej działają przez otwór w kiszce, niż podawane przez usta. — Wreszcie prelegent zwraca uwagę na fakt, że ameby przestają się poruszać w zimnie, co może wywołać pomyłki przy badaniu. Przyznaje, że mentol jest bardzo dobrym środkiem, jednak tak wielkich dawek, jak radził Dr Mieczkowski, nie można dawać. Kraus w Afryce stosował w chorobie tęgoryjcowej tymol aż do 10 gramów.

Zebranie Wydziału dnia 20 listopada 1908.

1. Dr Krysiewicz przedstawia przypadek **choroby Hirschsprunga** u 7-letniej dziewczynki. Od pierwszego półrocza wypróżnienia następowały tylko co dwa tygodnie. Wyczuwa się w jelicie masy kału. Gdy się zastosuje belladonę, to następuje wypróżnienie prawidłowe. Wyczuwa się rozszerzenie pętli esowatej. Hirschsprung opisał tę chorobę przed 20 laty, znał ją jednak już przedtem Henoch. Hirschsprung sądził z początku, że chodzi o wrodzone rozdęcie kiszki grubej. Marfan zwrócił uwagę na nadmierną długość pętli esowatej, jako powód zatwardzenia. Zdarzają się jednak przypadki tej choroby i bez tej odmiany anatomicznej. Anglicy byli znów zdania, że chodzi o wrodzone niedokształcenie mięśni jelita. W ostatnim czasie Bing podał teoryę, że choroba ta polega na wadliwej inerwacyi kiszki; inerwacya już fizyologicznie jest odmienna w jelicie grubem i cienkiem.

W dyskusyi zapytuje Dr Kożuszkiewicz, w jaki sposób działa belladona przy tej chorobie, Dr Kapuściński zaś, w jakim przypadku rozpoznaje się chorobę Hirschsprunga? Prelegent odpowiada, że belladona usuwa skurcz kiszki i umożliwia wypróżnienie; co do rozpoznania, to ustala się je po wyłączeniu innych chorób.

2. Dr Karwowski przedstawia 80-letnią kobietę, u której **nabłoniaka** na nosie usunął doszczętnie **promieniami Roentgena**. W miejscu narośli widać teraz zupełnie gładką prawidłową skórę,

Radca Dr Chłapowski powraca w dyskusyi do jelita grubego. Wiele zwierząt nie ma go wcale, np. ptaki latające, które wskutek tego często wypuszczają kał. Ptaki biegające i zwierzęta ssące mają kiszkę grubą dobrze wykształconą. Miecznikow twierdzi, że gdyby nie kiszka gruba, możnaby znacznie dłużej żyć. Mówca widział w Kissingen u pewnej chorej w kiszce grubej masę żółciowych kamieni, które się tamże zatrzymały, u innej całą kulę kości bekasów, co świadczy o wielkiej nieczułości bańki odbytnicy (*ampulla recti*).

3. Dr Jankowski przedstawia bardzo prosty **przyrząd do mierzenia krwi**, którego używa prof. Frank w Paryżu. Przyrząd ten wynaleziony przez Herdina przypomina trzonek do ołówka, który się przymocowuje do palca, badającego tętno. Gdy się go nie czuje, można na przyrządzie odczytać odpowiednią cyfrę.

Dr Łazarewicz i Radca Dr Chłapowski wyrażają wątpliwość, czy przyrząd ten może być dokładny.

Zebranie Wydziału dnia 4 grudnia 1908.

1. Dr Gantkowski: **O stacyi opiekuńczej dla alkoholików w Poznaniu.** Opieka nad ubogimi urządzona jest u nas w ten sposób, że w magistracie wyznaczony jest osobny referent dla spraw ubogich; ten znów ma pod sobą deputowanych na każdy okręg. Ci deputowani mają do pomocy tzw. radców, z którymi konferują i badają stosunki ubogich itd. Otóż okazało się, że w wielkiej części alkohol jest przyczyną ubóstwa. Nic więc dziwnego, że właśnie ta instancya zabrała się do założenia stacyi celem opiekowania się pijakami. Dzięki tej stacyi powstały w mieście 3 domki mleczne, gdzie zawsze można dostać dobrego mleka, oraz ogrzewalnie na zimę. Młodym, chętnym do pracy alkoholikom udziela się pracy. W pierwszym roku istnienia stacyi opiekowano się 170 osobami, których akta osobiście średnio 10 razy się przechodziło. Było 5 kobiet, 165 mężczyzn, z których 158 Polaków, 12 Niemców. Co do wieku, to główna liczba przypada na 30—40. rok. Znamiennem jest, że tylko 63 służyło w wojsku, reszta więc już w młodym wieku fizycznie była pośledniejszą. U 57 opilstwo było dziedziczne, u 30 rodzeństwo też się oddawało opilstwu. Zdolność do pracy całkowicie lub częściowo straciło 45. Karanych policyjnie było 100, 26 sądownie. Co do innych chorób, to stosunek jest następujący: marskość wątroby 1, obłąkanie 3, obłęd opilczy 21, poważne choroby następcze (oka, serca, nerwów itd.) 39. Z rzadszych zdarzyły się przypadki »zazdrości klasycznej« i choroby Korsakowa. Prelegent ubolewa, że w całej Polsce bardzo mało się dzieje dla uleczenia i wytępienia opilstwa. Najwyżej tu i ówdzie zajmują się tą sprawą księża, lekarze prawie wcale nie. U nas istnieje »Wyzwolenie«, Towarzystwo zupełnej wstrzemięźliwości, na którego czele stoi prelegent. Towarzystwo to bardzo się rozwija i nader błogo działa przez przykład. W Galicyi lekarze zajęli się sprawą zwalczania opilstwa. Mówca kończy zachętą, by i u nas lekarze, jako najwięcej powołani, zajęli się zwalczaniem tej plagi.

W dyskusyi dziękują Dr Łazarewicz i Dr Święcicki prelegentowi, który w walce z alkoholizmem tak wielkie już położył zasługi, za nader pouczający wykład i radzą sprawę tę poruszyć na Walnem Zebraniu. Dalej radzi Dr Święcicki założyć w Poznaniu także herbaciarnię i podnosi wpływ alkoholu na zapłodnienie. W Witkowie pod Kaliszem panowało ogromne pijaństwo. Usunął je młody ksiądz i zamienił zapadłą osadę na kwitnącą. Mowca podnosi różnicę postępowania Niemców w kraju, gdzie zwalczają, a w koloniach, gdzie propagują alkoholizm. Dr F. Zakrzewski podnosi, że wśród lekarzy brak wiadomości o alkoholizmie. Dr Kapuściński wspomina, że pod Łodzią mimo bezrobocia wypito za $2^1/_2$ miliona rubli więcej wódki, niż dawniej. Należy podawać stale komunikaty do gazet w Królestwie i u nas. K. przypomina, że za inicyatywą zmarłego redaktora »Dziennika Poznańskiego«, ś. p. Dr Wł. Łebińskiego, dawniej obwożono po jarmarkach obrazy, przedstawiające zgubne skutki opilstwa. Należy założyć herbaciarnie, wcześnie rano otwierane. Dr Karwowski zwraca uwagę na żydowskie karczmy (destylacye), które demoralizują nasz lud roboczy, tak jak wyszynki z żeńską usługą zamożniejszych. Powinno się nakazać zamykanie destylacyi w godzinach wypłaty, by robotnicy pieniędzy odebranych zaraz nie przepijali. Niestety policya pod tym względem bardzo mało czyni. Dr Rydlewski podnosi wytwarzający się wskutek opilstwa chorobliwy »fatalizm«; taki obraz widzimy u niektórych znanych pisarzy. Dr Święcicki przypomina, że i na poronienia ma wpływ zapłodnienie w upojeniu. W klinice Zweifla przy poronieniach prócz o kiłę pytano się

także, czy zapłodnienie nie nastąpiło po kiermaszu. Niebezpiecznie jest zalecać chorym napoje wyskokowe. S. spostrzegał przypadki, w których prowadziło to do wybuchnięcia nałogu. Zgodnie z Dr Karwowskim i Kapuścińskim radzi S. starać się o zamykanie destylacyi w sobotę. Dr Gantkowski podnosi jeszcze zasługi duchowieństwa w sprawie walki z opilstwem. Obowiązkowo co roku muszą księża wygłosić jedno kazanie o pijaństwie. Oprócz tego są u nas księża krzewicielami idei wstrzemięźliwości, zakładają filie »Wyzwolenia« itd. G. pragnie, by powiodło się założyć polską stacyę dla alkoholików, co mogłoby wyjść z »Tow. społeczno-higienicznego«. Bardzo ważna też jest kultura domu, by ludziom ze stanu roboczego uprzyjemnić pobyt w rodzinie. Sprawą tą bardzo gorliwie zajmuje się niemieckie towarzystwo »Frauenschutz«. W szkołach ludowych w Prusiech dwa razy do roku mają nauczyciele obowiązek wykładać o skutkach opilstwa.

Dr Adam Karwowski.

W dniu 17 grudnia Towarzystwo lekarskie w Kaliszu urządziło zebranie naukowe, na które zaprosiło Dr Karwowskiego z Poznania z odczytem: »O nowoczesnem leczeniu promieniami Roentgena«. Z Poznania prócz prelegenta przybyli Dr Kapuściński, Dr Dembiński, Dr Pomorski i Dr Gantkowski. W półtoragodzinnej prelekcyi Dr Karwowski przedstawił teoryę promieni Roentgena, opisał dokładnie wszelkie przyrządy, działanie promieni, ich cechy różnorodne, a wreszcie omówił wszystkie choroby, gdzie stosowano promienie, podnosząc to, co z własnego doświadczenia ,stwierdził. Następnie Dr Dembiński wygłosił odczyt: »O ropieniach w uchu i wskazaniach do operacyi«, a Dr Pomorski przedstawił cały szereg kamieni pęcherzowych, które operował, oraz kilka ciekawych przypadków ciąży zewnątrzmacicznej. Dr Zbierzchowski przedstawił fotografię pacyenta, umieszczonego chwilowo w szpitalu kaliskim, a chorego na trąd. W dyskusyi Dr Karwowski wspomniał o nowych sposobach leczenia trądu, mianowicie o sposobie Unny, oraz o »nastinie«. Oba sposoby mają na celu zniszczenie powłoki tłuszczowej wkoło zarazków a przez to dotarcie do nich samych. Po zebraniu odbyło się bardzo serdeczne zebranie koleżeńskie.

Dr Karwowski.

Trzej Jubilaci

Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Mowa prezesa »Związku« Prof. Dra Stanisława Zaleskiego na uroczystem walnem posiedzeniu »Związku« d. 6/18 grudnia 1908 r.

(Dokończenie).



Drugiego z kolei jubilata Dra Cypryana Zakrzewskiego wydała ziemia podolska 30 października 1858 r. Po ukończeniu gimnazyum w Kamieńcu, udał się do Petersburga i zapisał się do Akademii medyko-chirurgicznej, którą chlubnie ukończył w 1883 roku, a następnie w ciągu sześciu miesięcy pracował gorliwie w klinice terapeutycznej, jako najbliższy uczeń głośnego klinicysty, prof. Eichwalda. Karyera na drodze praktycznej odrazu uśmiechnęła się młodemu lekarzowi, gdyż wkrótce potem widzimy go na stanowisku ordynatora szpitala wojskowego w stolicy Finlandyi, — w Helsingforsie, które zajmował w ciągu lat czterech. Dzięki poleceniom tak wpływowego i powszechnie poważanego męża, jakim był nieodżałowanej pamięci zgasły nasz współczłonek i patryarcha wiedzy, prof. Dr J. Mierzejewski, dla Dra Zakrzewskiego został otwarty wstęp do helsingforskich klinik leczniczych uniwersyteckich, gdzie wstęp wogóle dla osób z Rosyi przybyłych, nader jest utrudniony, gdzie jednak naszego rodaka nader życzliwie, a nawet łaskawie przyjęto. Tu otworzyło się dlań pole do zupełnego wydoskonalenia klinicznego w zakresie chorob wewnętrznych. W r. 1888 powraca Dr Zakrzewski znów do Petersburga, gdzie, po obronie w r. 1887 rozprawy na stopień doktora medycyny. p. t. »O wpływie mleka na wydzieliny, oraz na choroby skórno-płucne u zdrowych ludzi, jak również o wpływie wyłącznie mlecznego leczenia w niektórych chorobach serca«, zostaje mianowany ordynatorem Siemionowskiego-Aleksandryjskiego szpitala wojskowego, które to obowiązki spełnia w ciągu lat piętnastu, a następnie otrzymuje wyższą posadę — naczelnego lekarza lejb-gwardyi pułku grenadyerskiego i lazaretu, po dziś dzień zajmowaną.

Począwszy od 1892 r. Jubilat nasz rozpoczyna jednocześnie żywą swą działalność przy tutejszej lecznicy Maksymilianowskiej dla przychodzących chorych, z początku jako asystent, a od marca 1894 r. — jako wybrany przez Radę konsultantów specyalista chorób wewnętrznych, wkrótce zaś potem, w lutym 1896 r., zostaje jednogłośnie obrany na konsultanta tychże chorób, pozostając na tem zaszczytnem stanowisku i obecnie. Niezależnie od tego dr. Zakrzewski jest jednym z założycieli powstałej w 1898 r. »Lecznicy lekarzy specyalistów«, której celem jest dać uboższej warstwie ludności za niewielkie wynagrodzenie pomoc specyalisty.

Oprócz rozprawy doktorskiej z prac naukowych Dra Zakrzewskiego wspomnimy jeszcze następujące:

1. O wynikach leczenia staroruskiemi wodami mineralnemi podczas sezonu 1887 r. i o sposobach polepszenia tego zdrojowiska. »Trudy wojenno-sanitarnaho Obszczestwa w Helsingforsie« za 1887 r. i »Wojenno-sanit. Dieło«, 1888 r.

2. O antypirynie wogóle i o dłuższem jej używaniu przy niektórych przewlekłych cierpieniach w szczególności. (»Wojenno-sanitarnoje Dieło« 1886 r.).

3. O różnych sposobach zarażenia przez gruźlicę (tuberculosis) i o środkach zapobiegania rozpowszechnieniu tej choroby wogóle, a wśród wojska w szczególności (Wojenno-medic. Żurnał« 1889 r.).

4) Zapalenie septyczne wsierdzia, jako objaw utajonej posocznicoropnicy, z zupełnem wyzdrowieniem. (»Trudy S.-P.-B. mediko-chirurgicz. Obszczestwa« za 1894 r.).

5. O wpływie podskórnych wstrzykiwań sperminy przy upadku działalności serca u chorych na błonicę. (»Journal de Médecine de Paris«, 1897, Nr 8).

Dr Zakrzewski należy dziś do najwięcej wziętych i najwięcej popularnych praktyków nadnewskiej stolicy, a jego zalety umysłowe, doświadczenie kliniczne, szeroka erudycya lekarska, w zupełności usprawiedliwiają szeroki rozgłos, który zjednał sobie, jako jeden z najwybitniejszych specyalistów w zakresie chorób wewnętrznych. Przy fachowem jego uzdolnieniu osobiste zalety Jego charakteru sprawiają, że w Jego osobie widzimy jednego z najdzielniejszych i najruchliwszych członków tutejszej naszej kolonii polskiej.

Obaj ci nasi Jubilaci, jeden jako wybitny chirurg, a drugi, jako bardzo ceniony internista, są, jak widzimy, wybitnymi przedstawicielami i działaczami na polu umiejętności lekarskich w ścisłem tego wyrazu znaczeniu, t. j. stosowanych bezpośrednio dla niesienia pomocy cierpiącej ludzkości.



Zupełnie inny kierunek obrał sobie trzeci nasz jak najszczytniej znany Jubilat, zasłużony nasz anatom i antropolog, jeden z najpopularniejszych kierowników młodzieży tutejszej Akademii wojskowo-lekarskiej, prof. dr. Jan Szawłowski. Jest to typowy i poważny przedstawiciel wiedzy czystej, bezwzględnie pojętej i tej jej gałęzi, z którą przyszły lekarz i przyrodnik spotyka się zaraz w samem zaraniu studyów swoich, i którą tak trafnie i tak dosadnie scharakteryzował jeden ze średniowiecznych uczonych, mówiąc, że »Sztuka lekarska opiera się na kilku kolumnach, z których jedną jest anatomia«.

Gdy tamci Jubilaci są synami dawnej Polski, Litwy i Podola, ten jubilat jest synem samego serca Polski, Królestwa Polskiego i pochodzi z ziemi płockiej.

Prof. dr. Jan Szawłowski, syn Edwarda, b. oficera b. wojsk polskich, urodził się w r. 1856, w majątku ojca Włóki, pow. Płockiego. Nauki gimnazyalne ukończył w Płocku, a następnie wyjechał za granicę i wstąpił do politechniki w Zurychu. Powziąwszy jednak po pewnym czasie zamiar studyowania medycyny, przeniósł się do Paryża, gdzie skrzętnie zabrał się do pracy, mając przed sobą wzory lub kierownictwo takich luminarzy anatomii ciała ludzkiego, jak Cruveilhier, Sappey i in. Wkrótce jednak, z powodu obowiązku służby wojskowej, musiał powrócić do kraju, ażeby uzyskać odroczenie aż do ukończenia nauk. Tu wynikły jednak nowe trudności, gdyż przyjęcie do

uniwersytetu warszawskiego okazało się niemożliwe z tego powodu, że patent gimnazyalny w owym czasie już w dwa lata po wydaniu tracił tu moc obowiązującą. Wobec tego żądny wiedzy młodzieniec musiał się udać do Petersburga i tu wstąpić już bez szczególnych przeszkód na wydział przyrodniczy, skąd przeniósł się do Akademii medyczno-chirurgicznej, którą ukończył lat temu 25, i w dniu 6. (18.) listopada 1883 r. otrzymał stopień lekarza.

Podczas studyów w Akademii, młody nasz uczony cały czas swój, wolny od obowiązkowych zajęć, poświęcał zajęciom anatomicznym i zapałem swoim, oraz znajomością przedmiotu zwrócił na siebie uwagę ówczesnej powagi europejskiej, jaką był jego mistrz i najbliższy kierownik, powszechnie znany prof. Dr W. Gruber, który go przedstawił konferencyi Akademii, jako zdolnego i odpowiedniego kandydata, zasługującego na pozostawienie przy katedrze. Ponieważ jednak wskutek ciężkich zamieszek wewnętrznych w tym czasie pierwsze dwa kursy Akademii były w 1880 r. zamknięte, starania prof. Grubera nie mogły być na razie uwzględnione. Dopiero w rok po ukończeniu studyów, gdy znów otworzono kurs I, Dr Szawłowski mógł być zamianowany asystentem przy katedrze anatomii w Akademii, które to obowiązki objął w r. 1884 i pełnił je w ciągu lat trzech, t. j. do 1887 r., kiedy po ukończeniu służby przez sędziwego prof. Grubera, na jego miejsce wybrany został wyróżniający się jego uczeń i najbliższy pomocnik, prosektor A. Tarenieckij, późniejszy naczelnik Akademii wojskowo-lekarskiej. Wskutek przedstawienia prof. Tarenieckiego, Dr Szawłowski został wybrany przez konferencyę na jego miejsce i mianowany prosektorem, chlubnie w r. 1891 obroniwszy bardzo cenną pracę p. t. »Przyczynek do morfologii żył kończyny górnej i szyi«, przedstawionej przezeń w charakterze rozprawy na stopień doktora medycyny. W tymże 1891 r. prosektor Szawłowski rozpoczął wykłady anatomii człowieka na wydziale przyrodniczym uniwersytetu petersburskiego, jako docent prywatny, i prowadził je do 1902 r., tj. w ciągu z górą lat jedenastu.

W roku 1901, po ustąpieniu z katedry prof. Tarenieckiego, zostaje prof. Szawłowski przez konferencyę wybrany i przez ministra wojny zatwierdzony, jako profesor anatomii normalnej Ces. Akademii wojskowo-lekarskiej, na którem to zaszczytnem stanowisku, jako spadkobiercę dwóch głośnych swych poprzedników, a zwłaszcza znakomitego Grubera, witamy go i w dniu dzisiejszym. Wspomnieć także należy, że za wyróżniającą się pracę »Nowy sposób konserwowania preparatów mózgu w stanie suchym« (Petersburg 1898 r.) przyznano rodakowi naszemu wielce zaszczytną nagrodę imienia Zagorskiego.

Niezależnie od zajmowanej w Akademii katedry, prof. Szawłowski od r. 1904 wykłada anatomię plastyczną w Akademii sztuk pięknych, a w roku bieżącym przyjął także obowiązki profesora w otwartej obecnie Akademii pedagogicznej. Oprócz wymienionych katedr i kursów, chlubnie znany nasz anatom prowadzi wykłady ulubionego przez siebie przedmiotu w szkole dentystycznej rodaczki naszej pani Wągl-Świderskiej, gdzie stale aż dotąd pozostaje prezesem rady pedagogicznej. Gdy w r. 1893 zakładano tu Towarzystwo antropologiczne przy Ces. Akademii wojskowo-lekarskiej, prof. Szawłowski był jednym z jego założycieli, a obecnie, przy zmianie nazwy tegoż Towarzystwa na Towarzystwo anatomii i antropologii, jest jego prezesem.

Oprócz wspomnianych prac, prof. Szawłowski ogłosił w druku jeszcze następujące samodzielne i wzbogacające wiedzę badania:

1. O stosunkach przewodu piersiowego przy niezarośniętem prawem zstępującem ramieniu aorty (»Anatomischer Anzeiger«, 1888).
2. O zmianach w przebiegu średniej tętnicy opony twardej (»Dn. III sjezda obszcz. ruskich wraczej«, 1889).
3) O zastosowaniu metody Giacominiego do konserwacyi mózgów zarodków. (Tamże).
4. O położeniu nienormalnem żył dokoła obojczyka, mające znaczenie praktyczne. (»Wracz«, 1890).
5. W sprawie zagłębień u końca dolnego kręgosłupa. (Tamże).
6. Nowe sposoby barwienia achromatyny. (»Trudy obszcz. jestestwoisp.« Petersburg, 1892).
7. O zastosowaniu formaliny do konserwowania mózgu. (»Trudy V Pirog. Sjezda« 1893(4).
8. Sposoby potrójnego barwienia skrawków mikroskopowych. (Tamże).
9. O kościach w szwie czołowym. (»Trudy antropologicz. Obszcz. pri I. W.-med. Akad.«, 1897 r.).
10. Antropologia na XII zjeździe międzynarodowym lekarzy w Moskwie. (»Trudy antrop. Obszcz. pri W.-Akad.«, 1900).
11. Sposób prosty oryentowania wymiarów kraniometrycznych. (Tamże).
12. Szkielet mumii egipskiej z sześcioma palcami na stopie prawej. (Tamże).
13. O pewnych rzadkich odmianach w kręgosłupie człowieka. (»Anat. Anzeiger«, 1901).
14. W sprawie przyczyn powstawania sympodyi. (»Trudy IX Pirog. Sjezda«, 1904).

Nadto ostatnimi czasy prof. Szawłowski redagował tłómaczenie na język rosyjski »Anatomii człowieka« prof. A. Raubera, której tom I wyszedł z druku, następny zaś, z powodu zmian w wydaniu oryginału, dotychczas nie mógł być wydrukowany.

Oto krótki, a treściwy zarys, czem są nasi dzisiejsi Jubilaci, jako mężowie nauki i swego zawodu, oraz jakiemi drogami i w jaki sposób doszli do swojego dzisiejszego stanowiska.

A cóż o nich powiedzieć, jako o przedstawicielach swojego narodu?

Dość wam, obecni, sięgnąć w niedaleką przeszłość i uprzytomnić sobie powstanie tego naszego najdroższego skarbu, naszego »Związku«, w powołaniu którego do życia wszyscy oni odegrali rolę wybitną i jasno zarysowaną. Dość wspomnieć, że prof. Ziemacki jest nietylko założycielem »Związku«, lecz i jego wiceprezesem i jednym z najskrzętniejszych i najzasłużeńszych działaczy, zasilającym go często swymi cennymi wykładami, że Dr Zakrzewski tak gorliwie i tak umiejętnie spełnia swe obowiązki wiceprezesa »Komitetu budowy szpitala polskiego«, tu, w Petersburgu, prowadząc zarazem energicznie sprawy tego przedsięwzięcia, przy dzielnem a czynnem poparciu kobiety tak niezwykłej i tak przedsiębiorczej, a przytem ujmującej, jaką jest zacna i godna jego małżonka pani Marya Zakrzewska, że prof. Szawłowski, jako działacz naukowo-społeczny jest jednym z najpierwszych i najgorliwszych naszych członków, przodujących nam i swoją wiedzą i duchem patryotycznym. A »Sokół«, którego założycielem i twócą jest nasz zacny i sympatyczny, a tak popularny wiceprezes Ziemacki, czyż to nie świadectwo jego poczucia potrzeb obywatelskich? A tyle innych polskich instytucyi tutejszych, gdzie każdy z Jubilatów w ten lub ów sposób zaznacza swoje »ja«? A to co się dzieje w myśl zasady: »Niech nie wie lewica, co robi prawica«? A nasze młode siły naukowe, żądne wiedzy i więcej, niż ktokolwiekbądź inny, potrzebujące poparcia i znajdujące je zawsze u Jubilatów? A to, co robi prof. Szawłowski, dzięki swym stosunkom naukowym i powadze po wszystkich niemal wydziałach lekarskich Rosyi, gdzie prawie niepodzielnie dzierży berło swych wpływów w sferze anatomii choćby przez kolegów i uczniów swoich? A zalety osobiste i moralne Jubilatów, ich wrażliwość na niedolę ludzką, na potrzeby kraju i społeczeństwa!

Kto tak pracuje i tak pojmuje swe obowiązki zarówno naukowe i zawodowe, jak obywatelskie i społeczne, kto nigdy, na dalekiej obczyźnie i wśród ponętnej gleby dla karyery, wymagającej tylko pewnych jasno określonych ustępstw od swojego »ja«, nie zapomina, kim jest i skąd tu przyszedł, ten ma zupełne prawo do tego, aby, gdy wybije ćwierćwiekowa godzina jego dorobku społecznego, przyjąć od ceniących go współbraci i współkolegów »chleb dobrze zasłużonych«.

»Związek polski lekarzy i przyrodników« chlubi się, że dziś ma trzech takich godnych mężów; to też z głębi serca życzy Wam, zacni i godni Jubilaci, aby praca Wasza była również gorliwa i równie owocodajna i na dalsze lata, zasługi zaś Wasze streszcza w słowach:

»Umiłowaliście kraj, naród, ludzkość i wiedzę: cześć Wam niechaj będzie i chwała!« *Prof. Dr St. Zaleski.*

Żywot i nauka Paracelsa,

lekarza, alchemika i filozofa niemieckiego z epoki odrodzenia.

Wykład, wygłoszony dn. 24 października 1908 r. w Polskiem Towarzystwie Filozoficznem we Lwowie.

Podał

Doc. Dr Władysław Szumowski.

(Dokończenie).

Leczenie ma dążyć do tego, żeby archeusza od przemocy uwolnić, a odbywa się albo pomocą natury albo sztuki. Że sama

natura może usunąć chorobę, wynika stąd, że natura jest Bogiem, gdyż Bóg a natura to jedno i to samo. Przecież każdy widzi, że w człowieku jest jakiś »balsam astralny«, który bez pomocy sztuki goi rany. Dlatego też środki naturalne, dyetetyczne, jak świeże powietrze, spokój, dyeta, są u Paracelsa w poszanowaniu. Paracels pierwszy zwrócił uwagę na wartość leczniczą naturalnych źródeł mineralnych. Jednak nie zawsze sama natura wystarcza i wtedy musi przyjść z pomocą sztuka, która posiada swoje »arcana«. Działanie arkanów jest duchowe, niemateryalne. Arkana zostały stworzone przez Boga jedynie dla leczenia chorób i w tem rozumieniu rzeczy Paracels nazywa Boga »najwyższym aptekarzem«, a cały świat »apteką«. Gdzie są choroby, tam też i są odpowiednie lekarstwa, tylko trzeba je umieć wynaleźć. Niema nieuleczalnych chorób. Jeden z cennych sposobów wynajdywania arkanów, to t. zw. »sygnatury«. Bóg, który na każdą chorobę stworzył »arcanum«, dał też tym arkanom znaki zewnętrzne, »sygnatury«, które tym chorobom odpowiadają. Tak, liście o kształcie serca są lekarstwem na choroby serca; szafran, który jest żółty, leczy żółtaczkę i t. p. Nie powinno się też mówić: »das ist Phlegma, das ist Rheuma, das ist Catarrhus«, ale odrazu powinno się chorobę nazywać według leku, który ją leczy, a więc: »das ist morbus terpentinus, das ist morbus Helleborinus« i t. p. Najlepiejby było znaleźć takie arkanum, któreby leczyło wszystkie choroby, znaleźć panaceum. Metafizyczne przekonanie Paracelsa o jedności duchowej całej przyrody doprowadziło konsekwentnie do przekonania, że takie uniwersalne lekarstwo, któreby każdego archeusza wzmacniało, jest możliwe. Taki środek nietylkoby leczył wszystkie choroby i przedłużał życie, aleby także zamieniał wszystkie metale w złoto i zapewnił panowanie nad całym światem duchów. Taki środek to byłby kamień filozoficzny, a szuka go alchemia. Podstawą medycyny są zatem: filozofia, jako nauka o naturze, astronomia, jako nauka o wpływach astralnych i klimatycznych, i alchemia, jako nauka, która bada magiczne właściwości arkanów i szuka kamienia filozoficznego [1]).

Z tymi poglądami, w których widać podkład neoplatoński, pogodził Paracels zasady nowożytne opierania przyrodoznawstwa i medycyny na doświadczeniu. »Die Elemente im Wesen der Natur seindt die Bücher«. »Die Augen, die in der Erfahrenheit ihre Lust haben, seindt deine Professores«. »Die Medizin ist nichts anderes, als eine grosse Erfahrenheit«. W imię też tych zasad wykładał Paracels w Bazylei nie medycynę Galena, lecz własną, czerpaną ze swojego doświadczenia. »Człowiek przecież nie jest małpą, żeby drugich naśladował«. »Zresztą co dzisiaj może mieć za wartość deszcz, który padał tysiąc paręset lat temu«. Na portretach Paracelsa często czytamy zdanie, które było naczelną dewizą jego postępowania: »Alterius non sit, qui suus esse potest«.

Zasługuje na uwagę lekarska etyka Paracelsa, według której podstawą medycyny ma być miłość. »Der höchste Grund der Arznei ist die Liebe«. Lekarz powinien nieść pomoc choremu nie dla własnego zysku, nie dla własnej sławy, lecz z miłosierdzia. I w tem znaczeniu czwartą podstawą medycyny obok filozofii, astronomii i alchemii jest cnota.

»Der Arzt ist der nicht, der ihm selber artzneyet, sondern nur andern. Wie ein Schaff nicht ihme Wollen tregt, sondern dem Weber und Kürsner, und wird gelobt darumb, das viel und gutte Wollen tregt: also auch der Arzt sein, gleich dem Schaffe, und nit ihme, sondern andern den nutz tragen und geben«.

Takim barankiem ma być lekarz.

W pismach swoich filozoficznych i teologicznych Paracels usiłuje wprowadzić w życie pierwotny ideał prostoty Chrystusowej, oparty na wewnętrznem życiu według głosu sumienia. Zresztą, zwracał się zarówno przeciwko nauce Kościoła katolickiego, jak i przeciwko nauce Lutra. Przeciwny był chodzeniu do kościoła, częstemu świętowaniu, modlitwom, postom, corocznej spowiedzi, a pragnął rozpowszechnienia zasad miłości, wierności, sprawiedliwości. Filozoficzno-teologiczne poglądy Paracelsa rozbiera ze szczególnym pietyzmem Franciszek Strunz, który zbyt wiele może kładzie entuzyazmu w swoją rozprawę, a zbyt mało krytycznej rozwagi. Niewątpliwie zasługi Paracelsa w swoim czasie były duże. Przedewszystkiem dla medycyny, w której stanowczo zwrócił się przeciwko starodawnej medycynie Galena. I tu jednak pamiętać należy, że duch epoki odrodzenia, przeciwny scholastycznej nauce, głęboko już przenikał umysły w trzeciem i czwartem dziesięcioleciu XVI wieku, gdy Paracels poczynał głosić zasady swojej nauki.

[1]) O cnocie, która jest także podstawą medycyny, będzie mowa niżej.

Erazm Rotterdamczyk już od końca XV stulecia szerzył idee humanizmu, gardził wiekami średnimi, nazywając je czasami ciemnoty i niewoli duchowej, potępiał wychowanie scholastyczne, zalecał nie Galena, lecz Hippokratesa do studyów medycyny. Protestowali przeciwko jego twierdzeniom doktorowie, obrońcy scholastyki, lecz Erazm odpowiadał im żartami, szyderstwem, satyrą. W roku 1509 wydał słynną *Pochwałę głupstwa*. Później w Bazylei zaprzyjaźnił się z Paracelsem.

Rabelais, znakomity humanista i satyryk francuski wydał w roku 1532 słynną satyrę *Gargantua i Pantagruel*, w której wyszydzał scholastyczną naukę [2]) i pedantyzm doktorów średniowiecznych.

Do obalenia scholastyki niemało się też przyczynił hiszpan Vives, który już w drugiem dziesięcioleciu XVI wieku uczył, że nauka powinna się opierać na doświadczeniu; w roku 1531 wydał obszerne dzieło *De disciplinis*, w którem jest mowa także o naukach przyrodniczych i o medycynie. Nauki te mają się opierać na samodzielnem obserwowaniu i badaniu natury, nie zaś na interpretacyi starożytnych pisarzy.

Pamiętać tedy trzeba, że Paracels, powstając przeciwko Galenowi i pragnąc oprzeć medycynę na własnem doświadczeniu, nie głosi zasad, jakoby całkiem nowych, lecz jest tylko dzielnym rzecznikiem tego, co już wtedy szeroko kiełkowało. Strunz powiada, że w dziejach metody przyrodniczej Paracels jest jednym z największych umysłów epoki odrodzenia. Na to zdanie zgodzić się trudno. Paracels poprawną metodę przyrodniczą ma na ustach, ale system neoplatoński, którego Paracels jest dzieckiem, jest nawskróś dogmatyczny i nie da się pogodzić z empiryzmem w przyrodoznawstwie. To też Paracels jest przekonany, że choroba jest natury duchowej, że niema chorób nieuleczalnych, że lekarstwa mają sygnatury, że istnieje duchowy związek między wszystkiemi rzeczami, — poglądy dogmatyczne, stojące w rażącej sprzeczności ze spokojną obserwacyą. Słusznie podnosi spirytysta Franciszek Hartmann w swojej rozprawie magiczno-spirytystycznej, że Paracelsowi mniej chodzi o obserwacyę, a więcej o intuicyę, w której »poznająca świadomość duchowa wnika w poznawaną świadomość materyalną, przez co poznawana materya zostaje uduchowioną i wznosi się ku poznającemu ją duchowi«. Takiem jest właśnie to rzekome empiryczne poznanie Paracelsa.

Wiadomo z dalszych dziejów nauk przyrodniczych, że Paracels jest ojcem magii, spirytyzmu, magnetyzmu (używał magnesu w leczeniu niektórych chorób), chiromancyi, która wypływa z nauki o sygnaturach (linie na dłoni to są sygnatury duszy) i wszystkich tych prądów, które graniczą między nauką, obłędem a oszustwem. Niejednokrotnie zarzucano samemu Paracelsowi, że był szarlatanem. Strunz przeczy temu i oświadcza, że życie Paracelsa nie znało szarlataneryi, przeciwnie, był on bojownikiem prawdy. I tu, zdaje się, nie można na pogląd Strunza całkiem się godzić. Współcześni opowiadają różne zdarzenia z życia Paracelsa. Tak, chłopcu choremu na rękę polecił obwiązać rękę na noc żywemi glistami (dżdżownicami). Uczeń Paracelsa Oporinus zupełnie jawnie nazywał swego dawnego mistrza szarlatanem. Jak było naprawdę? Zapewne, najpoważniejsze zabiegi lecznicze Paracelsa już z samej swojej natury spirytystycznej mogły na zwolenników nauki Paracelsa robić wrażenie zabiegów rzetelnych i naukowych, a na przeciwników — wrażenie sztuczek szarlatana. W każdym razie skromnością uczonego bojownika prawdy Paracels się nie odznaczał. Konsultacye jego lekarskie pełne są wymyślania na innych lekarzy, a w pismach jest dość ustępów bardzo krzykliwych. W przedmowie do *Paragranum* pisze między innemi Paracels:

»Mir nach müsset ihr, mir nach und ich nit euch nach! Mir nach, Avicenna, Galene, Rhasis, Montagnana, Mesue, mir nach und ich nit euch nach, ihr von Paris, ihr von Montpellier, ihr von Schwaben, ihr von Meissen, ihr von Köln, ihr von Wien, und was an der Thonau und Rheinstrom liegt, ihr Insulen im Meer, du Italia, du Dalmatia, du Athenis, du Griech, du Arabs, du Israelita, mir nach und ich nit euch nach! Ich werde Monarcha und mein wird die Monarchey sein!«

Do ważnych zasług Paracelsa w medycynie należy wystąpienie przeciwko arcydługim receptom średniowiecza i wprowadzenie leków prostych, szczególnie metalicznych, jak żelaza, ołowiu, antymonu, miedzi. Doskonale pojmował Paracels właściwy stosunek chirurgii do medycyny, chciał bowiem obie połączyć razem wbrew istniejącemu powszechnie poglądowi, nakazującemu kształcić osobno w medycynie lekarzy, którzy nie będą

[2]) Rabelais zresztą sam był zwolennikiem Galena.

zajmowali się chirurgią, a osobno chirurgów, którym nie wolno zajmować się medycyną wewnętrzną.

Z drugiej strony Paracels wyrządził znaczną szkodę postępującej naprzód medycynie, mianowicie nie uznawał znaczenia anatomii. W systemie świata duchowego opis dokładny stanu materyalnego był całkiem zbyteczny. A wiadomo przecież, jak doniosłe znaczenie dla postępu medycyny miały prace ówczesnych anatomów, szczególnie epokowe dzieło Wezala *De corporis humani fabrica*.

Zasługi Paracelsa stoją obok błędów. W pismach jego obok lepszych ustępów są ustępy liche, obok ładnego stylu miejsca wprost niezrozumiałe. Styl Paracelsa prawie zawsze górnolotny, pełen przenośni i porównań. Paracels lubuje się w paradoksach, przytem rubaszna forma wykładu niekiedy go porywa tak, że zapomina o myśli i staje się niesmacznym. Zasługuje na to, by go nazwać niezwykłym śmiałym reformatorem, ale nie genialnym.

Kończąc tym sposobem z postacią Paracelsa, należałoby teraz przedstawić znaczenie jego w Polsce, opisać bliżej jego bytność w naszym kraju, wymienić jego uczniów i scharakteryzować ich działalność. Niestety, tych zadań nikt jeszcze nie opracował i o tem wszystkiem prawie nic jeszcze nie wiemy.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ze Związku lekarzy rządowych. W dniach 11. i 12. stycznia r. b. odbyło się we Lwowie Walne Zgromadzenie Związku lekarzy rządowych z Galicyi, na które pospieszyli lekarze powiatowi ze wszystkich zakątków naszego kraju, aby wziąć udział w ożywionych rozprawach, dotyczących interesów ich ciężkiego i pełnego odpowiedzialności stanowiska i u wrót skarbnicy lekarskiej zaczerpnąć pouczenia, oraz dalszej zachęty do spełnienia żmudnych, a bardzo skąpo wynagradzanych obowiązków.

Przewodniczący Związku Dr Czyżewicz, oddawszy przewodnictwo w ręce swego zastępcy Dra Wursta, przedstawił zebranym 50 kolegom owoce swych zabiegów, oraz całoroczną pracę Wydziału Związku i wykazał, że po wielu korespondencyach z wybitniejszymi lekarzami rządowymi wszystkich prowincyi austryackich, udało mu się wreszcie w dniu 3. maja 1908 zorganizować Związek centralny w Wiedniu, a Związek ten ogólnopaństwowy będzie reprezentował żywotne sprawy wszystkich lekarzy rządowych Cislitawii. Na czele Związku centralnego stanął Dr Gustaw Paul, dyrektor państwowego zakładu szczepień ochronnych od ospy, pod którego nadzorem będzie wydawany kwartalnik, poświęcony publicznej pieczy zdrowia. — Jako wkładkę ustanowiono po 4 korony za każdego członka, należącego do prowincyonalnych Związków lekarzy rządowych. — Następnie przedstawił Dr Czyżewicz obszernie wszystkie zabiegi u członków parlamentu; u wybitnych osobistości Koła polskiego i najwyższej Rady zdrowia; profesorowie Ludwig, Jaksch i Kostanecki zajęli się życzliwie sprawą polepszenia stanowiska i bytu lekarzy rządowych w tejże Radzie i w Izbie Panów; prezes zaś Koła polskiego Prof. Dr Głąbiński, jakoteż członkowie parlamentu i komisyi sanitarnej Dr Dietzius i Dr Gold przemawiali już w komisyach i w parlamencie na korzyść powyższego projektu. Sprawa idzie powoli i nie bez znacznych trudności, ale jest nadzieja osiągnięcia pomyślnego wyniku, zwłaszcza, że i projekt zwalczania chorób zakaźnych już został opracowany i ma być niebawem wniesiony do parlamentu.

W obszernej dyskusyi nad tą sprawą zabierali głos: Dr Opieński, Dr Kramarzyński, Dr Filewicz, Dr Jabłoński, Dr Szajnowski i inni, a inspektor sanitarny Dr Lachowicz, Dr Obtułowicz i jako referent Dr Czyżewicz wyjaśniali różne poruszone sprawy, zwłaszcza co do dyet, należytości za rewizye aptek i za jazdy komisyjne, w których to sprawach wniesiono petycye i urgensa, tak do Ministerstwa, jak i do Namiestnictwa. Następnie Dr Czyżewicz poświęcił gorące wspomnienia zmarłym członkom Związku, przedewszystkiem nader zasłużonemu, radcy i inspektorowi sanitarnemu Drowi Józefowi Barzyckiemu, który na polu higieny niezmordowanie pracował i pozostawił cenne dzieła i monografie o skutecznem zwalczaniu cholery i duru plamistego, a umierając zapisał znaczny fundusz na ulżenie niedoli wdów i sierót po lekarzach rządowych; w przemówieniu swem uczcił Dr Czyżewicz pamięć zmarłych młodszych lekarzy, którzy zginęli na swych posterunkach, t. j. Dra Haima i Dra Kondratowicza.

Następnie Dr Obtułowicz przedstawił Walnemu Zgromadzeniu jednomyślną uchwałę Wydziału, proponującą zamianowanie członkami honorowymi Radcy Dworu Dra Józefa Merunowicza i starszego lekarza powiatowego, oraz prezesa Związku Dra Władysława Czyżewicza, za znamienite zasługi, położone koło dobra Związku lekarzy rządowych, co też zebrani wśród hucznych oklasków uchwalili.

Obrady tego dnia zakończyło zwiedzenie fabryki drożdży prasowanych w Zamarstynowie pod Lwowem, a wieczorem w hotelu Georgea wspólna skromna wieczerza przy dźwięku muzyki zgromadziła licznych kolegów i kazała im wśród ożywionej pogawędki zapomnieć na chwilę o znojach i przykrościach żmudnego zawodu i szarego życia.

W dniu 12. stycznia odbył się wśród licznego grona lekarzy, którzy jeszcze w dniu 11. nadjechali, bardzo zajmujący wykład Prof. Dra Kučery o cholerze, który demonstrował na mapach geograficznych przebieg epidemii cholerycznych i pod kilku mikroskopami zarazki choleryczne, które stanowią moment etyologiczny w powstawaniu tej groźnej zarazy, a lubo łatwo giną przy zadziałaniu środków odkażających, jak 5% roztworu kwasu karbolowego, lub 2% lysolu, to jednak na dnie rzek i stawów mogą przezimować, albo też mogą być w stanie utajonym przenoszone w treści jelitowej przez osoby, niewrażliwe na ich jad (Bacillenträger) i wśród przyjaznych warunków mogą stać się znów zarzewiem groźnych epidemii. Obecnie już od r. 1902 siódma z rzędu epidemia cholery zagraża Europie, a lubo już w roku 1905 skutecznie zwalczono jej wtargnięcie do Prus (218 przypadków), a następnie i do Galicyi, to jednak i obecnie jeszcze to niebezpieczeństwo zawleczenia cholery do naszego kraju nie jest stanowczo usunięte i wobec rozszerzenia się zarazy w Rosyi w ciągu r. 1908 należy się obawiać, czy cholera, przezimowawszy na północy, nie wtargnie z wiosną w kraje monarchii sąsiednich. — Hucznymi oklaskami podziękowano prelegentowi za znakomity wykład, pełen trafnych i uczonych wywodów, poczem inspektor sanitarny Dr Kalikst Krzyżanowski przedstawił szczegółowo wszelkie rozporządzenia władz sanitarnych, mające na celu ograniczenie i tłumienie epidemii cholery, kładąc słusznie nacisk na asanacyę wstępną miejscowości i zaopatrzenie ich w dobrą wodę, na wczesne i szybkie rozpoznanie pierwszych zaraz przypadków, odosobnienie chorych i gruntowne odkażenie mieszkań i obejścia po ustąpieniu choroby. — W końcu Dr Obtułowicz przedstawił zgromadzonym zjadliwość choroby i niemożebność osiągnięcia należytych wyników leczniczych w postaciach piorunujących cholery, możliwość uratowania chorych w postaciach łagodniejszych i położył nacisk na wartość surowicy przeciwcholerycznej, która zgodnie z wywodami Prof. Kucery nie nadaje się do leczenia wybuchłej już cholery, lecz tylko rozwinąć może skuteczną działalność, jako szczepionka, czyli w sposób zapobiegawczy, ochronny, podobnie jak krowianka przy szczepieniu ochronnem od ospy.

Po przedstawieniu zgromadzeniu stosunków budżetowych przez skarbnika Dra Obtułowicza, uchwalono na wniosek komisyi rewizyjnej (Dra Lachowicza i Dra Krzyżanowskiego) absolutoryum Wydziałowi i przyjęto jednomyślnie, aby najniższa wkładka roczna wynosiła 10 koron, zaś najwyższa 20 koron, a wśród tych granic oznaczoną była na $^1/_2$% od pensyi.

Celem umożliwienia wstąpienia do Związku i innym lekarzom, pozostającym w służbie publicznej, Wydział zaproponował zmianę § 4. statutu dotąd obowiązującego, tak, że nietylko rządowi lekarze, pozostający w czynnej służbie, ale i emeryci, oraz lekarze sanitarni, policyjni i fizycy, oraz lekarze miejscy we Lwowie i w Krakowie (miastach, posiadających własny statut) mogą do Związku należeć, a nadto zmianę § 7, mocą którego we Lwowie musi mieszkać niekoniecznie tylko sekretarz, ale i jeden z członków Wydziału. — Zmiany te jednomyślnie uchwalono, a projekt Dra Karpińskiego co do zmian i wysokości dyet przekazano do rozpatrzenia Wydziałowi. — Dr Szajnowski okazał w końcu nader zajmujący preparat anatomiczny (noworodka płci żeńskiej — urodzonego przez wieśniaczkę w powiecie rohatyńskim — z 2 głowami i 2 kręgosłupami).

Wydział na rok 1909 pozostał ten sam: Dr Czyżewicz (jako przewodniczący), Dr Wurst (jako zastępca), Dr Obtułowicz (jako sekretarz i skarbnik) Drowie: Danielski, Kurasiewicz, Slączka i Witkowski (jako członkowie Wydziału).

Dr Ferdynand Obtułowicz.

Sprawozdanie ze zgromadzenia delegatów państwowego Związku austr. organizacyi lek. w d. 29. i 30. listopada 1908.

Na zgromadzeniu zjawili się przedstawiciele wiedeńskiego Związku lek., przedstawiciele organizacyi Austryi dolnej, Gracu, Styryi, Karyntyi, Austryi górnej, Solnogrodu, Przedarulanii, Czech, (sekcya niemiecka), Moraw, Śląska, Gorycyi, Gradyski i Bukowiny. Zastępcy Krajny usprawiedliwili swą nieobecność, godząc się z góry na powzięte uchwały. Nie miały przedstawicieli tylko Tyrol, Dalmacya i Istrya. Jako goście zjawili się dwaj deputaci od zorganizowanych lekarzy czeskich i zastępca Polaków r. dw. prof. Dr Wicherkiewicz, nadto zjawili się dwaj posłowie do parlamentu, lekarze: Dr Michl i Dr Kindermann. 26-go listopada odbyło się posiedzenie Wydziału Związku państwowego, na którem po uczczeniu pamięci zmarłego bojownika sprawy Dra Janeczka, zdał sprawę Dr Gruss z czynności prezydyum za czas od 19. maja do 28. listopada 1908 r., (mówił zaś głównie o żądaniach lekarzy i taktyce ich w sprawie reformy ubezpieczenia robotniczego), oraz przedstawił plan pracy na przyszłość. Zastanawiano się także nad ewentualnem postępowaniem, gdyby ważne żądania lekarzy nie zostały uwzględnione, i ułożono plan walki, który dla skuteczności ewentualnie podjąć się mających kroków zachowano w tajemnicy. Zajmowano się także sprawą bojkotu.

29. listopada rano zaczęły się narady zgromadzenia delegatów pod przewodnictwem Dra Grussa. Przedewszystkiem wybrano prezydyum (prezydent Dr Gruss, I. wiceprezydent Dr Koralewski, II. Dr Skorschoban) na lat trzy.

Z kolei przystąpiono do rozpraw nad projektem rządowym w sprawie ubezpieczenia społecznego. Referował Dr Pick z Osieka. Referat postanowiono wydrukować, by go wszystkim kolegom uprzystępnić. Dr Pick dochodzi do następujących wniosków: 1) Trwamy przy naszem żądaniu ustanowienia górnej granicy dochodów dla wszystkich osób, podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu na kwotę 2400 K., bez względu na to, czy osoby te płatne są rocznie, miesięcznie, tygodniowo czy dziennie. 2) Ustęp 1. § 51 przedłożenia rządowego powinien być w tym duchu zmieniony, by opieka nad ozdrowieńcami należała do zwykłych wydatków kasowych, a nie była opłacaną ze specyalnego funduszu wsparć. 3) Co się tyczy ubezpieczenia rodziny, żądamy z uwagi, że nowe to ubezpieczenie znowu znacznie uszczupli ilość pacyentów prywatnych, aby wedle możności koło dopuszczonych do tej instytucyi lekarzy rozszerzono wedle systemu wolnego wyboru. A da się to tem łatwiej wykonać, że głośny zarzut przeciw temu systemowi podnoszony przez kasy, a mianowicie wzmożenie się symulacyi przy ubezpieczeniu rodzin odpada zupełnie. Że członkowie rodziny częściej potrzebują pomocy lekarskiej, niż ubezpieczeni robotnicy, że częściej potrzebują pomocy w nocy, a nadto szczególnych świadczeń (porody), żądamy uwzględnienia tej okoliczności przy obliczeniach zapłaty za czynności lekarskie. I dlatego żądamy, żeby ubezpieczenie rodzin tylko w tych kasach zaprowadzono, gdzie jest pewność, że podniesienie wkładek zdoła odpowiednio pokryć pracę lekarską. Żądamy dalej dokładnego określenia pojęcia »członka rodziny« (Familienangehörig). Za członków rodziny należy uznać tylko tych, co z ubezpieczonym żyją stale we wspólnem gospodarstwie domowem, dalej dzieci do lat 14 i niezdolnych do pracy rodziców. 4) Bardzo stanowczo musimy wystąpić przeciw postanowieniu § 58., a szczególniej ustępu 2., traktującemu o członkach dobrowolnych. Wszak nie zachodzi żadna potrzeba, żeby właśnie co do dobrowolnych członków kasy granicę górną dochodu rocznego w kwocie 2400 K usunięto; musimy bezwzględnie tego się domagać, żeby ustęp 2. § 58. określono i dobrowolnie do kas chorych przystępować wolno było tylko tym, co jakiś czas podlegali obowiązkowemu ubezpieczeniu i to tylko na tak długo, póki ich dochód roczny nie dojdzie lub nie przekroczy 2400 K. 5) Musimy się tego domagać, by nietylko w ustawie, ale w każdym statucie kasowym dopuszczone były oba systemy: lekarzy stale płatnych i wolny wybór. 6) Oba pierwsze ustępy § 45. stanowią bezwątpienia postęp i witamy z uznaniem postanowienie, że pisemne umowy obustronnych praw i obowiązków należy spisywać w przyszłości, i że umowom tym przysługiwać ma moc prawa. Mamy jeszcze życzenie, by także i postanowienia co do wypowiedzeń należały do owych postanowień, o których mowa w ustępie 2-gim, § 45. 7) Musimy się stanowczo oświadczyć przeciw ostatniemu ustępowi § 45. i użyć wszelakich środków, by przepis ten nie uzyskał mocy prawa (ustęp ten dopuszcza zastąpienie leczenia obowiązkowo ubezpieczonych przez podniesienie zasiłków). 8) Żywe zadowolenie wywołał wśród lekarzy § 46., który przewiduje wprowadzenie sądów polubownych składających się z równej ilości lekarzy i zastępców kasowych dla rozstrzygania sporów; zależy nam jednak na tem, by sądy te i sprawą wypowiadania posad się zajmowały. Nie uważamy za dość praktyczne i wystarczające sądów polubownych, które mogą być utworzone tylko w siedzibie każdej władzy politycznej jako pierwsza instancya. 9) Byłoby dla lekarzy rzeczą doniosłego znaczenia, żeby komisye zażaleń czynność swą rozciągały i na spory między lekarzami a kasami, gdyż wtedy spory te mogłyby być załatwiane prędko, szczególniej, że załatwialiby je ławnicy, znający miejscowe stosunki. Naturalnie musiałyby komisye te dla spraw lekarskich składać się z przewodniczącego i równej liczby zastępców kas i zastępców lekarzy. Jako 2., względnie 3. instancya powinny wtedy dla sporów na tle umowy funkcyonować sądy ubezpieczeniowe i sądy ubezpieczeniowe wyższe. 10) Także komisye ugodowe (§ 47.) stanowią istotny postęp, tylko powinny być obowiązkowe, a nie ustanawiane tylko w razie potrzeby, i równomiernie z lekarzy i zastępców kasy złożone. Dalej pragniemy, by komisye te zwoływano nawet na życzenie jednej strony (kasy lub lekarzy) i aby te komisye w razie zgody obu stron miały prawo zawierać umowy, a więc, by mogły funkcyonować jako komisye umów. Żądamy dalej, by komisye ugodowe zaraz po sankcyonowaniu ustawy powołano do życia, bo uzasadnienie projektu ustawy wyraźnie podnosi, że te komisye właśnie szczególnego nabierają znaczenia w czasie wchodzenia w życie zreformowanego ubezpieczenia. Komisye te powinny dążyć do wyrównania obecnych przeciwieństw między lekarzami i kasami i ułożyć z czasem zasady wzorowych umów. 11) Przedłożenie rządowe przyznaje, że świadczenia lekarskie są dotąd często źle wynagradzane i przewiduje, że honoraryum powinno wynosić od członka K. 4·20 przy chorobowości 10 dla ludności przemysłowej i 7 dla sług. — Referent wreszcie stwierdza, które żądania lekarzy i w jakiej mierze zostały przez rząd uwzględnione: I.: Ustanowienie górnej granicy rocznego dochodu na 2400 koron dla podlegających obowiązkowi ubezpieczenia. Ale i to żądanie nie zostało w zupełności uwzględnione, bo z obowiązkowego ubezpieczenia wyłączono te osoby, które pobierają płacę miesięczną lub roczną, wyżej 200 koron miesięcznie, względnie wyżej 2400 K. rocznie. Musimy jednak dążyć do tego, by i te osoby, które nie pobierają płacy miesięcznej lub rocznej, a mają dochodu 2400 K. rocznie, nie podlegały obowiązkowi ubezpieczenia. II.: Dobrowolne przystępowanie do obowiązującej kasy chorych jest niedopuszczalne. Żądania tego nie uwzględniono, a nawet przeciwnie i bez żadnej potrzeby pozwolono dobrowolnie się ubezpieczać osobom o rocznym dochodzie nie przekraczającym 3600 K. III.: Wyraźne postanowienie ustawowe, że wolny wybór jest ustawowo dopuszczalną formą i w obowiązkowych kasach chorych. Ustawa żądanie to uwzględniła, musimy się jednak domagać, by i każdy statut kasowy zawierał ten przepis. IV.: Uregulowanie sprawy honoraryów przez stworzenie komisyi umów i ugód. Sądy polubowne i komisye ugodowe są dozwolone, komisye umów nie. Musimy się starać o komisye umów, gdyż zawieranie umów zbiorowych należy też do zasadniczych żądań lekarzy. Domagamy się utworzenia przy każdej władzy polit. powiatowej sądów polubownych, jako I. instancyi w sporach między kasami i lekarzami. V.: Lekarze Austryi mogą się oświadczyć za ubezpieczeniem rodziny tylko wtedy, jeśli będzie ustanowiona górna granica dochodu rocznego nie wyżej 2400 K, a w ustawie zaznaczona będzie możliwość wprowadzenia wolnego wyboru lekarzy. Lekarze prowincyonalni żądają na wszelki przypadek obowiązkowego ubezpieczenia rodziny tam, gdzie potrzebę tego uznają powołane do tego czynniki (lekarze, starostwa, gminy). Otóż wobec tego, że granica dochodu rocznego 2400 K częściowo została uwzględniona i system wolnego wyboru uwzględniono, zostało V. żądanie częściowo spełnone. VI. Wyraźne wzbronienie zarejestrowanym kasom zapomogowym lub stowarzyszeniom udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej. Żądanie to dotąd nie zostało uwzględnione. VII. W obowiązkowych kasach chorych należy prowadzić i ogłaszać wykazy świadczeń lekarskich dla chorych, ale zdolnych do pracy. VIII. Osobno należy wykazywać koszta lekarskie, a osobno koszta kontroli (nie jak dotąd razem). I tych żądań nie uwzględniono. Wogóle zatem nie wszystko dotąd uzyskano, ale nadzieja leży w organizacyi, do której z całych sił referent nawołuje.

Dyskusyę wywołała tylko sprawa ubezpieczenia rodziny. Wreszcie zgodzono się na następujący wniosek Dr Rothenpielera z poprawką Dra Grussa: »Władze polityczne powinny mieć prawo po wysłuchaniu lekarskich zastępstw zawodowych do wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia w swych powiatach«. Na wniosek Dra Helbicha uchwalono dodatek do

§ 44.: »Za nagłą pomoc lekarską mają kasy obowiązek płacić i lekarzom niekasowym«. Dr Gruss przedstawiał żądania lekarzy co do zarejestrowanych kas zapomogowych, których istnienie udaremnia wszelkie korzyści, mogące dostać się lekarzom w udziale z okazyi reformy. Kto bowiem nie będzie korzystał z bezpłatnej pomocy w obowiązkowej kasie chorych, ten może ją mieć bezpłatnie w kasie zapomogowej. Starania Dra Grussa u władzy o wzbronienie kasom zapomogowym udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej, nie odniosły dotąd skutku, ale prezydyum obiecuje czynić dalsze zabiegi w tym kierunku, tem bardziej, że ma to przeświadczenie, iż rozstrzygnięcie trybunału administracyjnego w tej sprawie jest błędne i w ustawie nie uzasadnione. *Stahr.*

W sprawie ustawy o ubezpieczeniu powszechnem odbył się w Wiedniu Zjazd austryackich Kas chorych, na którym między innymi uchwalono żądać: usunięcia wszelkiej granicy wieku i zarobku co do obowiązku ubezpieczenia (a więc i przyjętej w projekcie ustawy granicy najwyższej 2400 K. rocznego dochodu przy ubezpieczeniu w Kasach chorych), usunięcia postanowień o utworzeniu urzędów powiatowych (a więc instancyi, do którychby się mogli odwoływać także lekarze), zupełnej autonomii Kas chorych we wszystkich sprawach ubezpieczenia na wypadek choroby, usunięcia z Kas chorych wpływu władz rządowych i stowarzyszeń (Według »Naprzodu« Nr 13). Tak więc Kasy chorych, a raczej rządzące w nich stronnictwo socyalistyczne, zmierzają do usunięcia właśnie tego wszystkiego, co jest najważniejszym postulatem lekarzy i do wyrządzenia szkody najżywotniejszym interesom naszego zawodu. *R.*

W sprawie udaremnienia ostrzeżenia Izby lekarskiej zachodnio-gal. wyjaśnia prezydent Izby, Dr Schoengut, w »Głosie lekarzy« (2), że skoro po ogłoszeniu przez Izbę ostrzeżenia jeden z lekarzy przyjął zastępstwo, a kilku podało się o opróżnioną posadę, bojkot tej posady stał się siłą faktów bezprzedmiotowy i nadal utrzymać się nie dał. Wtedy też 2 innym kolegom, którzy zwrócili się do Izby z zapytaniem, jak mają postąpić, pozostawiono swobodę, a to »w tem przekonaniu, że nie należało właśnie tych, którzy lojalnie się zachowali, pozbawiać szans, na korzyść tamtych, którzy się do ostrzeżenia nie zastosowali«. *R.*

Organizacyę powiatową postanowili zawiązać lekarze wadowiccy. Na zebraniu w d. 3. I. 1909, odbytem pod przewodnictwem Dra Tarchalskiego z Zatora, postanowiono jaknajrychlej organizacyę ukonstytuować, wybierając do tymczasowego komitetu Dra Bukowskiego i Żędzianowskiego. Na zgromadzeniu udzielał wyjaśnień delegat »Związku krajowego« Dr Flis. Uchwalono rezolucye, wzywające wszystkich lekarzy powiatu wadowickiego do jaknajszybszego przystępowania do organizacyi, a Wydział Związku krajowego do powołania do życia dalszych organizacyi powiatowych i utworzenia biura porady i obrony prawnej z włączeniem spraw podatkowych. *R.*

Na niesprawiedliwy wymiar podatków jest dla lekarzy, zdaniem Dra Flisa (Głos lek. 2), radą jedyną — obrona prawna wszelkimi środkami; tę zapewnia »Krajowy Związek lekarzy«, którego członkowie na podstawie układu Związku z »Towarzystwem ochrony podatników« (Kraków, Floryańska 13) mogą korzystać bezpłatnie z pomocy biura porady i ochrony prawnej, utrzymywanego przez to Towarzystwo. *R.*

Śmierć z zimnicy podają statystyki lekarzy urzędowych corocznie w kilku przypadkach w niektórych powiatach kraju. Wobec tego zarządziło ministerstwo spraw wewn. (30. XI. 1908 L. 41637) przeprowadzenie badań co do zimnicy, a namiestnictwo (19. XII. 1908 L. 166. III. VI. B.) zarządziło, by donoszono o pojawieniu się zimnicy, uwzględniając przyczyny, rozszerzenie, przebieg, przedsięwzięte środki ochronne i ewentualne mikroskopowe badanie krwi. *R.*

Potrzebę ustanowienia dentystów przy większych szpitalach podnosi Boennecken. W Pradze wydział lekarski uczynił już nawet odpowiedni wniosek *N.*

Lekarz może być zaskarżony o odszkodowanie nawet po... zbadaniu odruchów kolanowych, jak o tem wspomina Lissau z Pragi. Pewien chory, po zbadaniu odruchów kolanowych wniósł skargę o odszkodowanie w kwocie 1000 koron, twierdząc, że od czasu badania ma silne bole w nogach. Oczywiście sąd skargę odrzucił. *N.*

Potrzebę kształcenia osobnych dozorców do pielęgnowania umysłowo chorych podniósł na III. międzynarodowym zjeździe dla pielęgnowania umysłowo chorych Scholz. Wybierać należy ludzi zaufanych i inteligentnych, którzy powinni posiąść odpowiednie wiadomości w kursie praktycznym i teoretycznym, a następnie złożyć egzamin. Spostrzeżenia swe powinni dozorcy także spisywać. Wykształcony dozorca powinien po uzyskanej aprobacie państwowej być odpowiednio wynagradzany. *N.*

Śmiertelność lekarzy. Statystyki Towarzystw ubezpieczeń na życie w Niemczech wykazują, że śmiertelność lekarzy największą jest między 50—60. rokiem życia, potem między 40—50., dalej 20—30., a najmniejszą między 30—40. *N.*

Z ostatniego sprawozdania o stanie zdrowotności państwa niemieckiego uwagi godne są następujące daty: Liczba narodzin podniosła się, a liczba zgonów opadła, tak że ilość ogólna mieszkańców podniosła się o 600,000. Na grypę zmarło 2516 osób, na dur brzuszny 2419, a zachorowało 16,604, na ospę zachorowało 163, zmarło 30, na tężec 56. Z 48 chorych leczonych wyzdrowiało zaledwo 10. Częstość chorób wenerycznych wzrosła, natomiast wybitnie opadła liczba zakażeń połogowych i błonicy. Na płonicę zmarło 7700, odrę 9107, krztusiec 11,749. Wprawdzie śmiertelność z gruźlicy jest mniejszą, ale przewyższa jeszcze o $\frac{1}{3}$ ogólną ilość śmierci na inne choroby zakaźne (64,459:42,766). Na wąglik zachorowało 136, zmarło 17. Przez wściekłe zwierzęta było pokąsanych 373; z tego 342 leczono ochronnie; u 4 mimo to wystąpiła choroba i to z przebiegiem śmiertelnym. Liczba śmierci z powodu raka podniosła się o 791(23,906). — W końcu dodać należy, że liczba partaczy z 6137 podniosła się na 6260. *N.*

Apteczki wiejskie pozakładała na próbę Dyrekcya sanitarna w Rumunii w szkołach i plebaniach. Apteczki te wydają bezpłatnie najpotrzebniejsze leki włościanom. Zarządzenie to ma na celu głównie zwalczanie zimnicy i wzbudzenie zaufania u ludności do leczenia się, a przez to wykorzenienie przesądów, znachorstwa i t. d. *N.*

Cholera w Petersburgu i Moskwie była przedmiotem bardzo pouczającego wykładu Dra Filipa Blumenthala z Moskwy w rosyjskiem Tow. dla higieny społecznej, które dla wyświetlenia sprawy zwołało na posiedzenie wszystkie swe (5) sekcye, wybitnych lekarzy teoretyków i praktyków, oraz przedstawicieli zarządów miejskich. 16. XII. 1908 minęło właśnie dni 100 od czasu, kiedy w Petersburgu spostrzeżono pierwszy przypadek cholery, w setnym dniu epidemii jeszcze zapadło osób 18. — Od początku epidemii zachorowało osób 8609, a zmarło 3462. — Tymczasem w ciągu całego roku 1908 stwierdzono w Moskwie jedynie 16 przypadków cholery, a i z tych, jak zdołano udowodnić, prawie połowę zawleczono z Petersburga. Ten olbrzymi kontrast między obydwiema rosyjskiemi stolicami wywołał ogólne zdziwienie. Otóż prelegent rzecz wyświetlił i udowodnił, że najlepszym środkiem ochronnym jest kanalizacya miasta i dobra woda, a tymczasem w tym kierunku Petersburg dotąd nic prawie nie zrobił; natomiast Moskwa już w r. 1779 zaczęła budować wodociągi, które ze źródeł o 15 km od miasta odległych dostarczały już wtedy codziennie 40,000 wiader wody. Ten pierwszy wodociąg, zwany wodociągiem Katarzyny, został w r. 1859 z gruntu przebudowany i wedle planów Delwiga odnowiony. Wodociąg ten, zwany wodociągiem Delwiga, funkcyonował aż do r. 1892 i dostarczał miastu dziennie 500,000 wiader wody źródlanej. Po r. 1892 podjęto jeszcze szereg poprawek i udoskonaleń tak, że obecnie może mieć Moskwa od $2\frac{1}{2}$—$3\frac{1}{2}$ miliona wiader wody dziennie. Ponieważ jednak i ta ilość wody nie wystarczała, postanowił zarząd miejski użyć wody z rzeki Moskwy i zbudował drugi wielki wodociąg, który w r. 1900 oddał do użytku. Wodę z rzeki nabieraną filtrują przez filtry piaskowe z takim skutkiem, że gdy woda zaczerpnięta wprost z rzeki zawiera w 1 cm^3 2000 drobnoustrojów, to przefiltrowana zawiera ich tylko 16. Ten wodociąg dostarcza dziennie około 3,000.000 wiader. Nadto posiada Moskwa od r. 1897 także kanalizacyę, a obecnie przystępuje do biologicznego oczyszczania wody kanałowej. Tymczasem Petersburg niema kanalizacyi, wodociąg tylko w niektórych dzielnicach, a i ten dostarcza niefiltrowanej lub źle filtrowanej wody z Newy. Inne dzielnice dostają wodę do picia filtrowaną (przez 18 angielskich filtrów), ale w skąpe ilości, niewystarczającej na zaspokojenie potrzeb ludności (8 milionów wiader, zamiast potrzebnych 20). I oto zarząd miejski petersburski radzi sobie tak, że do wody filtrowanej dolewa niefiltrowanej. Co prawda, to i filtrowana woda petersburska bardzo mało różni się od niefiltrowanej, bo filtry źle działają tak, że przecinkowce cholery znajdowano zarówno w wodzie filtrowanej, jak niefiltrowanej. Jeśli więc Petersburg chce się uchronić od cholery, to musi się postarać o dobrą wodę do picia i miasto skanalizować. *Stahr.*

Koty a mór. Od 2 lat sroży się mór w Indyach angielskich, i nie da się wstrzymać mimo wszelkich zabiegów, mimo seroterapii, stosowanej bardzo rozlegle. Tymczasem wedle zdania chirurga angielskiego Buchanana jest bardzo prosty sposób, zapobiegający morowi. Mór szerzą szczury, względnie pchły szczurze. Otóż chcąc zwalczać dżumę, należy niszczyć szczury. A na szczury najlepszy środek — to koty. Trzebaby je jednak trzymać wszędzie we wszystkich miastach, we wszystkich domach. Najlepszym dowodem, co znaczą w tym względzie koty, jest następujące zestawienie. Airla jest miasteczkiem w pół drogi między Nagpur i Kalmeshurar, odległymi od siebie o 13 mil. W obu tych miastach sroży się ciężki mór i w pierwszem zginęło 22.000 mieszkańców, w drugiem 2.000. Oto kiedy dżuma srożyła się w Nagpur, mieszkańcy schronili się do Kalmeshurar, a kiedy i tam za nimi poszła zaraza, uciekli do Nagpur. W czasie obu tych gromadnych ucieczek, bardzo często chorzy przejeżdżali przez Airlę, a tymczasem w osadzie tej nie zjawił się ani jeden przypadek dżumy. A stało się to tylko dlatego, jak twierdzi Buchanan, że w osadzie tej nie było szczurów, a było natomiast dużo kotów. To spostrzeżenie zwróciło jego uwagę; zajął się więc obliczaniem kotów w obwodzie swoim, Berar, liczącym 1000 miast i miasteczek. Przekonał się, że w 145 miasteczkach, posiadających 50 lub więcej kotów na 100 domów, nie stwierdzono ani jednego przypadku dżumy; — w tych, które miały 20—50 kotów na 100 domów, zdarzył się tu i ówdzie przypadek dżumy; ale największą liczbę zachorowań na dżumę stwierdzono w miasteczkach, w których mniej niż 20 na 100 naliczono wrogów szczurzych. W obwodzie Berar naliczono w r. 1907 około 5000 przypadków dżumy i wedle dochodzeń Buchanana i jego asystentów przypadki te zjawiały się przeważnie w tych domach, gdzie nie było wcale kotów. (Wedle »La Nature«).

Stahr.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 10. I. do 16. I. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 4), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 7, Bratkowice 14), Kolbuszowa (Trzeboś 2), Kołomyja (Słobódka polna 7), Lisko (Czarna 3, Smolnik ad Lutowiska 2), Skałat (Orzechowce 2), Śniatyn (Rożnów 1), Stryj (Synowódzko wyżne 1), Turka (Lipie 6).

Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. I do 16. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 2 (w tem obcych 4 † 1), krztuśca 2, płonicy 15 † 4 (4 † 3), odry 18 † 1 (1 † —), duru brzusznego 2 † 1 (1 † 1), gorączki połogowej 2 † 1 (1 † —).

Dr Sch.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10. I. do 16. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych —), krztuśca 1, płonicy 21 † 4 (2 † —), odry 3 † 1, duru brzusznego 4 (2), gorączki połogowej 1 † 1.

Dr Legeżyński.

Wiadomości bieżące.

Otrzymujemy następujące pismo:

Nie mając możności odpowiedzieć wszystkim tym, którzy zaszczycili nas złożeniem, życzeń w dzień obchodu jubileuszowego naszej pracy zawodowej, urządzonego przez »Związek lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu«, prosimy o łaskawe zamieszczenie naszego najgłębszego podziękowania za te dowody pamięci i życzliwości, których doznaliśmy. Szczególną wdzięczność uczuwamy dla Szanownego Prezesa Związku, Profesora St. Zaleskiego i innych członków prezydyum Związku za organizacyę tak zaszczytnego dla nas obchodu.

J. Szawłowski. *C. Zakrzewski.* *J. Ziemacki.*

Komisya słownikowa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego uprasza o nadsyłanie uwag w sprawie słownictwa pod adresem: Towarzystwo lekarskie krakowskie, ul. Radziwiłłowska 4, dla komisyi słownikowej.

Kraków. »Postęp okulistyczny« ukończył dziesięć lat istnienia. Znakomicie prowadzonemu, a zasłużonemu temu pismu składamy z tego powodu życzenia dalszego jak najpomyślniejszego rozwoju.

— »Przegląd Sokoli«, drugi w kraju obok »Przewodnika gimnastycznego« organ gimnastyczny, zaczął wychodzić w Krakowie.

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie dokonało wyborów zarządu na rok 1909 dnia 15. stycznia, na dorocznem Zgromadzeniu administracyjnem. Skład nowego Zarządu jest następujący: Przewodniczący: kol. Roman Rencki, zastępca przewodniczącego: kol. Stanisław Kwiatkiewicz, skarbnik: kol. Witold Nowicki, sekretarz doroczny: kol. Józef Hornowski. Sekretarzem stałym pozostaje nadal kol. Witold Ziembicki, bibliotekarzem kol. Wiktor Reis, gospodarzem kol. Edward Festenburg. Delegatami na W. Zgr Tow. Lek. Galic. wybrani koledzy: A. Bednarski, I. Feuerstein, St. Kwiatkiewicz, E. Machek, F. Obtułowicz, W. Pisek, R. Rencki, S. Ruff, B. Skałkowski, St. Zabłocki, G. Ziembicki, W. Ziembicki. Ich zastępcami koledzy: K. Bocheński, A. Czyżewicz (jun.), I. Fels, M. Franke, W. Hojnacki, T. Stachiewicz. Do komisyi redakcyjnej *Lwow. Tygodnika Lekarskiego* weszli koledzy: W. Nowicki, W. Pisek,

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 16. I. 1909 prócz spraw drobniejszych, — sprawą budowy państwowego zakładu badania środków spożywczych we Lwowie i sprawą szpitala w Skolem.

— W Wydziale krajowym odbyła się pod przewodnictwem członka Wydziału, a szefa departamentu sanitarnego, Dra Bernadzikowskiego, w dniach 16. i 17. I. 1909 ankieta w sprawie rządowego projektu ustawy o chorobach zakaźnych. W ankiecie uczestniczyli: Prof. Browicz, Ciechanowski, Kostanecki i Dr Schoengut z Krakowa, protomedyk r. dw. Dr Merunowicz, Dr E. Festenburg, Prof. Łukasiewicz, Prof. Kucera, Dr Mikołajski, dyr. Dr Starzewski i referent departamentu gminnego p. Latoszyński ze Lwowa. Z wyniku obrad ankiety zdamy sprawę w numerach następnych

Warszawa. Jubileusz 25-letniej pracy zawodowej obchodził Dr Władysław Bruner. Ukończywszy wszechnicę warszawską w r. 1883, był Dr Bruner naprzód ordynatorem kliniki chorób wewnętrznych do r. 1896, potem zaś ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu na Pradze, a od roku 1908 naczelnym lekarzem miejskiej służby zdrowia. Jubilat brał żywy udział w ruchu naukowym i ogłosił liczne prace, głównie w »Gazecie lekarskiej« i »Medycynie«. W r. 1896 otrzymał nagrodę na konkursie im. Koczorowskiego za pracę »O zachowaniu się zawartości wody i metalów alkalicznych w zapaleniu nerek«. Życzenia składało Jubilatowi liczne grono lekarzy w dn 17. I. b. r.

— Wystawa, mająca za cel walkę z alkoholizmem, urządzona z inicyatywy Dra Bregmana, prezesa Wydziału przeciwalkoholicznego Tow. higien., ma być urządzona w ten sposób, ażeby w przyszłości można ją zamienić na wędrowną. Wydatki obliczono na 1275 rb. Do komitetu organizacyjnego należą z lekarzy: Dr Bregman, Ciągliński, Kopczyński, Kucharzewski, Kurtz, Piątkowski, Sadowski, Szulc, Zbikowski.

— Dr Męczkowski poruszył w »Kuryerze warsz.« (13) sprawę niezmiernie ważną: kto poniesie milionowe straty, jakie przyniósł spadek rent państwowych rosyjskich (na 77 za 100) ulokowanym w nich funduszom szpitalnym? Fundusze te ulokowano w rentach na naleganie ministerstwa spraw wewn., by kapitałów instytucyi dobroczynnych, wymagających bezwzględnie pewnego zabezpieczenia, nie lokować w listach zastawnych banków ziemskich, ale w walorach państwowych. Ulokowany wskutek tego w rentach fundusz szpitali warszawskich w kwocie 2,257.000 rb., ma obecnie wartość tylko 1,737.890 rb., czyli stracił 519.110 rb. Co więcej, jeżeli jakiś fundator zastrzegł w akcie fundacyjnym ulokowanie fundacyi w listach zastawnych ziemskich, to zamiana na rentę państwową daje mu lub jego spadkobiercom prawo żądania zwrotu ofiarowanej sumy. Z prawa tego już kilkakrotnie korzystano, a w przyszłości mogą przez to szpitale utracić nawet większą część fundacyi.

— Generał-gubernator polecił magistratowi m. Warszawy ponownie rozważyć sprawę reformy szkoły felczerskiej, ponieważ szkoła ta nie będzie zwinięta.

— Komisya, obradująca pod przewodnictwem p. Natansona nad sprawą szczepienia krowianki doszła do wniosku, że oprócz instytutu szczepienia ospy należy urządzić 3 stałe i najmniej 6 sezonowych stacyi szczepienia i zorganizować szczepie-

nie ospy po domach przez 15 lekarzy. Każdy lekarz ma mieć do pomocy sanitaryusza. Koszt takiej organizacyi wyniesie 1950 rb. jednorazowo i 19.375 rb. corocznie.

— Dr Jan Sędziak z Warszawy otrzymał od prezydyum »The American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology« zaszczytne zaproszenie do wygłoszenia odczytu inauguracyjnego (an address) na otwarcie mającego się odbyć w końcu września b. r. zjazdu w New Yorku. Dr Sędziak mówić będzie »O udziale Ameryki w rozwoju laryngologii i rynologii«. O ile nam wiadomo, przed Drem Sędziakiem otrzymali podobne zaproszenie i wygłosili wykłady tylko dwaj znakomici europejscy laryngologowie: Semon z Londynu i Killian z Fryburga.

Łódź. Na rok 1909 do Zarządu Towarzystwa lekarskiego wybrani: Prezes K. Jasiński, wiceprezes A. Krusche, sekretarz E. Sonnenberg, sekretarz II. J. Michalski, bibliotekarz Z. Prechner, bibliotekarz II. T. Mogilnicki, podskarbi W. Littauer.

— W Towarzystwie lekarskiem uczczono 25-letnią działalność zawodową Dra Józefa Kolińskiego, Bronisława Handelsmana, Henryka Kona, Ksawerego Jasińskiego, Juliusza Beckmana i Ludwika Przedborskiego.

Wilno. Rada sanitarna miejska poleciła Drowi Sumorokowi i Sołonowiczowi opracować projekt organizacyi bezpłatnej pomocy lekarskiej dla ubogiej ludności miejskiej. Za udzielanie takiej pomocy pobieraliby lekarze miejscy po 600 rb. rocznie.

Z różnych stron. W r. 1908 było w państwie niemieckiem 31.640 lekarzy (w r. 1907 — 31.416), z tego w Prusiech 19.130. Kobiet lekarek było 55. Gmin bez lekarzy było tylko 356 (z tego 100 chwilowo).

— Akademia wojskowo-lekarska w Petersburgu obchodziła w tych czasach dwa półwiekowe jubileusze: w styczniu r. b. wprowadzenie docentury prywatnej, a w maju r. z. instytucyi »etatu lekarzy dla doskonalenia w naukach«. Mianowicie lekarze, kończący Akademię z odznaczeniem, mogą stawać do konkursu (praca klauzurowa); 10 autorów najlepszych prac pozostaje przy akademii na 3 lata »dla doskonalenia się w naukach« (7 z nich na koszt rządu); 3 najwybitniejszych z nich wysyła rząd swym kosztem na 2 lata na studya zagranicę.

— Dr med. Edward Pożerski w Paryżu, wydawca »Bulletin polonais«, autor cennych prac z zakresu fizyologii, uzyskał w Sorbonie stopień doktora nauk ścisłych (docteur ès-sciences).

— Międzynarodowy konkurs im. Cartwrighta z nagrodą 500 dolarów, a terminem do 1. IV. 1909 ogłasza »Association of the alumni of the College of Physicians and Surgeons (752 West End Avenue, New York). Do konkursu dopuszczone są prace oryginalne z całego zakresu medycyny i chirurgii, nigdzie niedrukowane i nie przedstawiane do nagrody i wykonane przez jednego tylko autora.

— Mc Carrison, zbadawszy 203 matołków w Indyach stwierdził, że rodzice kretynów cierpią bardzo często na wole (86%). W 44% sami matołkowie mieli też wole, ale zwykle dostawali je już w późniejszych latach, po zupełnym rozwoju matołectwa. Nowo osiedli w takiej okolicy mieszkańcy wykazują dopiero w 3 generacyi kretynów, a przedtem wola. Wole uważa C. za cierpienie, mające tło zakaźne. *A.*

Mianowani: anatom Doc. Heiderich profesorem nadzwyczajnym w Göttingen; patolog Doc. Doehle profesorem nadzw. w Kiel; Doc. Czystowicz z Petersburga profesorem nadzw. anatomii patol. w Kazaniu. Prof. Strümpell z Wrocławia obejmuje katedrę medycyny wewn. w Wiedniu (po Schrötterze), Prof. Jendrassik katedrę med. wewn. w Peszcie (po Koranyim).

Zmarli: Dr Jan Urbański w Klecku, Dr Orest Litwinowicz, starszy lekarz powiatowy z Trembowli, we Lwowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 27. stycznia 1909 o godz. 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) K. Jarecki: Demonstracya preparatu. 2) K. Prof. Rosner: Demonstracya preparatu. 3) W. Radliński: Określenie dolnej granicy żołądka dla celów praktycznych.

Posiedzenie doroczne sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **w sobotę dnia 23. stycznia 1909** o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) O pielęgnowaniu chorych (dokończenie) kol. Dr Sawicki. 3) Sprawozdanie roczne. 4) Wybór biura sekcyi. 5) Wybór delegatów na walne zgromadzenie. 6) Wnioski członków.

O liczne zebranie się Szan. Kolegów uprasza biuro sekcyi
Dr Feldmann, sekretarz. *Dr Wł. Czyżewicz*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Aptekarz Karol Jahr w Krakowie uzyskał, oprócz dotychczas już zezwolonych przetworów: Pastilli jodo-ferrati comp. Jahr, Syrupus valeriano-brom. comp. Jahr, reskryptem z d. 18. XII. 1908. L. 36.343. zezwolenie ministerstwa na wyrób i sprzedaż przetworów farmaceutycznych »Figol« Jahr i »Mentosalan« Jahr.